

# Fallbuch der Klinischen Psychologie

# Fallbuch der Klinischen Psychologie

*Modelle psychischer Störungen*

Einzelfallstudien zum  
Lehrbuch der Klinischen Psychologie

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

herausgegeben von

Hans Reinecker



**Hogrefe · Verlag für Psychologie**  
**Göttingen · Bern · Toronto. Seattle**

**Prof. Dr. Hans Reinecker**, geb. 1947. Studium der Psychologie und Pädagogik in Salzburg. Promotion 1973; Habilitation 1980. Seit 1982 Professor für Klinische Psychologie an der Universität Bamberg. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Grundlagen der Klinischen Psychologie, Psychotherapieforschung, Angststörungen (Phobien, Zwänge...), Kognitive Verhaltenstherapie.

Die Deutsche Bibliothek - CIP - Einheitsaufnahme

**Fallbuch der klinischen Psychologie** : Modelle psychischer Störungen ; Einzelfallstudien zum Lehrbuch der klinischen Psychologie / hrsg. von Hans Reinecker. - 2., überarb. u. erw. Aufl. - Göttingen ; Bern ; Toronto ; Seattle : Hogrefe, Verl. für Psychologie, 1999  
ISBN 3-8017-1234-6

© by Hogrefe-Verlag, Göttingen. Bern. Toronto. Seattle 1995 und 1999  
Rohnsweg 25, D-37085 Göttingen



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

---

Satz: SATZSPIEGEL, Göttingen  
Druck: Hubert & Co., Göttingen  
Printed in Germany  
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-1234-6

## **Vorwort zur 2. Auflage**

Die Darstellung einzelner Fälle psychischer Störungen haben die Funktion, die im Lehrbuch der „Klinischen Psychologie“ beschriebenen Themen zu konkretisieren. Die einzelnen Fälle wurden nicht verändert, allerdings erfolgte eine sprachliche Überarbeitung, darüber hinaus bestand die Möglichkeit, die Literatur zu aktualisieren und Hinweise auf Kriterien im DSM-IV dort anzubringen, wo dies sinnvoll erscheint.

Zwei neue Kapitel, die in Wissenschaft und klinischer Praxis besondere Bedeutung haben, konnten in das Fallbuch aufgenommen werden: Zum ersten ein Fall zur „Posttraumatischen Belastungsstörung“ von R. Steil und zum zweiten ein Fall zum „Somatisierungssyndrom“ von K. Wambach und W. Rief. Den Autorinnen und dem Autor der neuen Kapitel, sowie allen anderen Kollegen, die sich die Mühe der Überarbeitung gemacht haben, sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Lehrbuch und Fallbuch sehe ich im Sinne einer Konvergenz in der Klinischen Psychologie: Dies betrifft einen störungsspezifischen Zugang auf unterschiedlichen Ebenen zur Analyse psychischer Störungen (siehe dazu P. Fiedler) und das Bemühen um eine psychologisch fundierte Therapie (sensu K. Grawe): Klinische Psychologie sollte sich nicht an Schulen, sondern an Problemen und Theorien orientieren. Die Illustration dazu erfolgt anhand von Darstellungen in Einzelfällen.

Bamberg, im Mai 1998  
Hans Reinecker

## **Vorwort zur 1. Auflage**

Die Idee zur Herausgabe eines Fall-Buches entstand bereits zum Zeitpunkt der Entstehung des „Lehrbuches der Klinischen Psychologie“ (1990); schon damals hatte ich die Autorinnen und Autoren der einzelnen Beiträge ersucht, ihre Ausführungen durch konkrete Beispiele zu illustrieren. Dies konnte damals nur sehr knapp geschehen; viele Leserinnen und Leser haben in ihren Rückmeldungen betont, daß gerade die Beispiele sehr wertvoll und klärend waren. Dies ermutigte zusätzlich zur Realisierung der Idee eines „Fallbuches“. Die Darstellungen im Klinischen Lehrbuch werden nun hoffentlich noch besser nachvollziehbar.

Der Aufbau der einzelnen Kapitel sollte einer möglichst einheitlichen Struktur folgen. In einigen einführenden Bemerkungen werden jeweils Überlegungen zum betreffenden Störungsbild dargestellt; damit sollte eine Verbindung zur Konzeption im entsprechenden Lehrbuch-Kapitel geschaffen werden. Folgende weitere Gliederungspunkte wurden vom Herausgeber vorgeschlagen und sollten in der Falldarstellung (wenn auch nicht in sklavischer Abfolge) Berücksichtigung finden:

1. Beschreibung des Störungsbildes
2. Differential-Diagnostik
3. Erklärung/theoretische Modelle
4. Interventions-Prinzip
5. Resümee

Die vorgegebene Struktur sollte den Leserinnen und Lesern den Einstieg in die Thematik erleichtern. Recht knapp gehalten ist Punkt (4): Da die Intention des Buches nicht darin besteht, ein Werk zum Thema „Therapieverfahren“ zu verfassen, wurden die Autoren angehalten, sich auf Prinzipien der Intervention zu beschränken.

Ich möchte zunächst betonen, daß die Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hogrefe-Verlags, besonders die konstruktive Zusammenarbeit bei vielen Gelegenheiten einen ganz erfreulichen und wie

ich meine fruchtbaren Boden für die Arbeit am vorliegenden Buch darstellte. Hierfür gebührt Ihnen allen mein Dank.

Ohne die Kooperation der Autorinnen und Autoren des Buches wäre aber das Werk nicht zustande gekommen. Ich möchte mich bei allen dafür bedanken, daß sie sich dem Anliegen der Darstellung eines konkreten Falles so kompetent und engagiert gestellt haben. Das Verständnis meinen Vorgaben, den Korrektur- und Veränderungswünschen und meinem zeitlichen Drängen gegenüber finde ich nachträglich gesehen bewundernswert. Ich hoffe, Sie werden durch die Darstellung im Buch und durch die Rezeption durch Leserinnen und Leser einigermaßen entschädigt.

Erwähnt werden sollten an dieser Stelle die Patientinnen und Patienten, die sich einverstanden damit erklärt haben, daß ihr Fall, ihre Leidensgeschichte – wenn auch in anonymer und fallweise leicht veränderter Form – in dem vorliegenden Buch präsentiert wird. Einige waren eher skeptisch, andere wiederum willigten von Anfang an und zum Teil aus eigener Initiative ein, ihre Problematik zum Zwecke der Publikation verwenden zu lassen. Es ist zu hoffen, daß ihr Leiden und ihre Offenheit auf indirektem Wege zu einem besseren Verständnis der Störungen anderer Patientinnen und Patienten beitragen wird.

Jede Darstellung und jedes Buch ist unvollkommen; Fehler, Mängel und Unzulänglichkeiten sind selbstverständlich dem Herausgeber anzulasten. Lob und Anerkennung gebe ich gerne an Autorinnen und Autoren sowie an den Verlag weiter.

Bamberg, im März 1994  
Hans Reinecker

## Inhalt

0. Die Unumgänglichkeit des Einzelfalles. Eine Einführung. <i>Hans Reinecker</i> . . . . .	1
1. Spezifische Phobie. <i>Hans Reinecker</i> . . . . .	7
2. Soziale Phobie. <i>Hans Reinecker</i> . . . . .	23
3. Panikstörung mit Agoraphobie. <i>Jürgen Margraf und Christiane Junkers</i> . . . . .	37
4. Posttraumatische Belastungsstörung. <i>Regina Steil</i> . . . . .	51
5. Zwangsstörung. <i>Hans Reinecker</i> . . . . .	73
6. Aktuelle depressive Episode. <i>Martin Hautzinger</i> . . . . .	89
7. Endogene Depression. <i>Renate deJong-Meyer und Elvira Cloer</i> .	101
8. Persönlichkeitsstörung. <i>Peter Fiedler</i> . . . . .	119
9. Alkoholismus. <i>Ilse Kryspin-Exner</i> . . . . .	139
10. Drogenabhängigkeit. <i>Heinz C. Vollmer und Gerhard Bühringer</i> .	155
11. Somatisierungsstörung. <i>Katrin Wambach und Winfried Rief</i> . . .	179
12. „Hysterische“ Störung bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung. <i>Hans Georg Zapotoczky und Günter Herzog</i> . . . . .	199
13. Hypochondrie. <i>Silvia Schneider und Christiane Junkers</i> . . . . .	229
14. Eßstörungen. <i>Karen Wise und Reinhold Laessle</i> . . . . .	241
15. Stottern. <i>Peter Fiedler</i> . . . . .	261

16. Schlafstörung. <i>Ludwig Schindler</i> . . . . .	277
17. Beziehungs- und Interaktionsstörung. <i>Brigitte Schröder und Kurt Hahlweg</i> . . . . .	295
18. Funktionelle Sexualstörung. <i>Dirk Zimmer</i> . . . . .	313
19. Psychophysiologische Störung. <i>Bernd Leplow und Roman Ferstl</i> . . . . .	325
20. Schizophrenie. <i>Josef Bailer, Irmgard Thurm-Mussgay und Eibe-Rudolf Rey</i> . . . . .	343
21. Neuropsychologische Störung. <i>Werner Wittling, Elisabeth Schweiger und Stephan Genzel</i> . . . . .	367
22. Psychologische Aspekte chronischer Krankheiten am Beispiel des Mammakarzinoms. <i>Ulrike Ehlert und Peter Schulz</i> . . . . .	389
Sachregister . . . . .	407



## Die Autoren

*Bailer, Josef, Dr. phil., Dipl.-Psych.,*  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Abt. Klinische Psychologie,  
J 5, Postfach 12 2120, 68072 Mannheim

*Bühringer, Gerhard, Dr. phil., Dipl.-Psych.,*  
Institut für Therapieforschung, Parzivalstraße 25, 80804 München

*Cloer, Elvira, Dipl.-Psych.,*  
Prinzipalmarkt 30, 48143 Münster

*Ehlers, Anke, Prof. Dr. phil.,*  
Dept. of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital,  
Oxford OX 3 7JX, Great Britain

*Ehlert, Ulrike, PD Dr. phil., Dipl.-Psych.,*  
Universität Trier, Forschungszentrum f. Psychobiologie u.  
Psychosomatik, Friedrich-Wilhelm-Str. 23, 54290 Trier

*Ferstl, Roman, Prof. Dr. phil.,*  
Institut für Psychologie, Universität Kiel, Olshausenstraße 40,  
24118 Kiel

*Fiedler, Peter, Prof. Dr. phil.,*  
Psychologisches Institut, Universität Heidelberg, Hauptstraße 47–51,  
69117 Heidelberg

*Genzel, Stephan, Dr. phil., Dipl.-Psych.,*  
Lehrstuhl Biopsychologie und Klinische Psychologie, Katholische  
Universität Eichstätt, Ostenstraße 26–28, 85071 Eichstätt

*Hahlweg, Kurt, Prof. Dr. phil.,*  
Institut für Psychologie, Technische Universität Braunschweig,  
Spielmannstraße 19, 38106 Braunschweig

*Hautzinger, Martin, Prof. Dr. phil.,*  
Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Abt. Klin. und Physiologische  
Psychologie, Gartenstr. 29, 72074 Tübingen

*Herzog, Günter, Dr. phil., Dipl.-Psych.,*  
Universitätsklinik für Psychiatrie, Auenbruggerplatz 22, A-8036 Graz

*deJong-Meyer, Renate, Prof. Dr. phil.,*  
Psychologisches Institut I, Universität Münster, Fliednerstr. 21,  
48149 Münster

*Junkers, Christiane, Dipl.-Psych.,*  
Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie,  
Institut Dresden an der Technischen Universität, Hohe Straße 53,  
01187 Dresden

*Kryspin-Exner, Ilse, Univ.-Prof., Dr. phil.,*  
Institut für Psychologie, Universität Wien, Liebiggasse 5,  
A-1010 Wien

*Laessle, Reinhold, PD Dr. phil., Dipl.-Psych.,*  
Forschungsstelle für Psychobiologie und Psychosomatik  
Fachbereich I, Universität Trier, Friedrich-Wilhelm-Str. 23,  
54290 Trier

*Leplow, Bernd, PD Dr. phil., Dipl.-Psych.,*  
Institut für Psychologie, Universität Kiel, Olshausenstraße 40, 24098  
Kiel

*Margraf, Jürgen, Prof. Dr. phil.,*  
Institut für Klinische Psychologie, Technische Universität Dresden,  
Mommsenstraße 13, 01069 Dresden

*Reinecker, Hans, Prof. Dr. phil.,*  
Lehrstuhl Klinische Psychologie, Universität Bamberg,  
Markusplatz 3, 96047 Bamberg

*Rey, Eibe-Rudolf, Prof. Dr. phil.,*  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Abteilung Klinische  
Psychologie, J 5, Postfach 12 2120, 68072 Mannheim

*Rief, Winfried, PD Dr. phil.,*  
Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, 83209 Prien

*Schindler, Ludwig, Priv.-Doz., Dr. phil.,*  
Universität Bamberg, Lehrstuhl Psychologie III, Markusplatz 3,  
96045 Bamberg

- 
- Schneider, Silvia, Dr. rer. nat., Dipl.-Psych.,*  
Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie,  
Institut Dresden an der Technischen Universität, Hohe Str. 53,  
01187 Dresden
- Schröder, Brigitte, Dipl.-Psych.,*  
Christoph-Dornier-Stiftung für Klin. Psychologie,  
Institut Braunschweig an der Technischen Universität,  
Konstantin-Uhde-Str. 4, 38106 Braunschweig
- Schulz, Peter, Dr. phil., Dipl.-Psych.,*  
Fachbereich 1, Universität Trier, Tarforst, Gebäude D, 54286 Trier
- Schweiger, Elisabeth, Dr. phil., Dipl.-Psych.,*  
Lehrstuhl Psychologie I, Physiologische und Klinische Psychologie,  
Katholische Universität Eichstätt, Ostenstraße 26–28, 85071 Eichstätt
- Steil, Regina, Dr. phil.,*  
Institut für Psychologie, Abt. „Klinische Diagnostik und Intervention  
und Klinische Psychologie“, Universität Jena, Am Steiger 3, Haus 1,  
07743 Jena
- Thurm-Mussgay, Irmgard, Dr. phil., Dipl.-Psych.,*  
Stromberger Str. 22 H, 55545 Bad Kreuznach
- Vollmer, Heinz C., Dipl.-Psych.,*  
Salus-Therapiezentrum, Warthfeldsiedlung 3, 61169 Friedberg
- Wambach, Katrin, Dipl.-Psych.,*  
Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, 83209 Prien am Chiemsee
- Wise, Karen, Dipl.-Psych.,*  
Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, 83209 Prien
- Wittling, Werner, Prof. Dr. phil.,*  
Physiologische und Klinische Psychologie, Katholische Universität  
Eichstätt, Ostenstraße 26, 85071 Eichstätt
- Zapotoczky, H. G., Prof. Dr. med.,*  
Universitätsklinik für Psychiatrie, Auenbruggerplatz 22, A-8036 Graz
- Zimmer, Dirk, Prof. Dr. phil.,*  
Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie, Schloß Brühl, David von  
Stein Weg 26, 72072 Tübingen

## Kapitel 0

# Die Unumgänglichkeit des Einzelfalles

## Eine Einführung

Hans Reinecker, Bamberg

*„Exemplum docet, exempla obscurant“*  
H. v. Doderer, „Die Strudlhofstiege“

Detaillierte Analysen von Einzelfällen haben in der Psychologie eine lange Tradition; auf allgemeinspsychologische Untersuchungen von Gedächtnisprozessen bei Ebbinghaus (1885) kann ebenso hingewiesen werden wie auf die Tradition in der Klinischen Psychologie. Einzelfalldarstellungen standen am Beginn der psychoanalytischen Tradition (Freud, 1895) wie bei älteren (Prince & Coriat, 1907/1908; Watson & Rayner, 1920; Dunlap, 1932) und neueren (V. Meyer, 1957; Lazarus, 1958) Begründungsansätzen der verhaltenstherapeutischen Modelle. In neuerer Zeit hat die sogenannte „biographische Methode“ (Thomae, 1952), nämlich eine Langzeitbetrachtung aus der Sichtweise des Individuums, große Bedeutung erlangt. Auch mit einem allgemeinspsychologischen Standpunkt kommt man um die Betrachtung des Einzelfalles nicht herum: Aggregate von Personen, für die Befunde und Kenngrößen angeführt werden (Mittelwerte, Streuungsmaße etc.), setzen sich aus Einzelfällen zusammen. Es ist ohne Zweifel legitim, von einzelnen Merkmalen einer Person abzusehen und Gruppen zu bilden; die einzelnen Daten werden jedoch zunächst von einer Person gewonnen. Fehler und Mängel der Datenerhebung (sozusagen bei der Entstehung von Daten) werden bei der weiteren Behandlung von Daten oft leichtfertig übersehen (O. Huber, 1979). Die Notwendigkeit, sich Gedanken über den Übergang von qualitativen Merkmalen zur Quantifizierung zu machen, hat W.J. Revers (1962) von der „Unumgänglichkeit des Einzelfalles“ sprechen lassen. Der Formulierung meines Lehrers verdanke ich den Titel dieser Einführung; ich möchte nicht verschweigen, daß sich Revers in den Vorlesungen mehr als einmal versprach, wenn er zuweilen die „Unzulänglich-

keit des Einzelfalles“ erwähnte, was der Thematik eine neue Dimension verleiht.

Jenseits der psychoanalytischen Tradition (vgl. Thomae & Kächele, 1985, 1988; Köhler, 1987) gibt es auch in der klinischpsychologischen Tradition im engeren Sinne eine ganze Reihe von Vorbildern eines einzelfallanalytischen Vorgehens. Auf einige dieser Vorläufer soll zumindest hingewiesen werden:

- a) Ullmann & Krasner (1965) haben verstreute Einzelfall-Studien aus einem weiten Bereich der frühen Verhaltenstherapie zusammengetragen und publiziert („Case studies in behaviour modification“). In insgesamt 50 Kapiteln werden Einzelfälle vor dem Hintergrund des verhaltenstherapeutischen Ansatzes, der damals noch stark um Anerkennung und Legitimation zu kämpfen hatte, geschildert.
- b) In englisch-sprachigen Zeitschriften war durchgängig eine Rubrik für Falldarstellungen vorgesehen; eine Vorreiterrolle besitzt gewiß „Behaviour Research and Therapy“ (gegründet 1963), aber auch in anderen Journalen tauchen insbesondere innovative Fallbeispiele auf.  
Für die Verbreitung neuerer Ansätze und für die Demonstration neu entwickelter Therapiemethoden kommt diesen Beispielen große Bedeutung zu.
- c) Im deutschen Sprachraum hat Mackinger (1979) die Sammlung und Publikation von Falldarstellungen unternommen; die Übersetzung des Buches von Eysenck (1976/dt. 1979) trug dazu bei, daß zumindest einige konkrete Beispiele für Einzelfall-Darstellungen zu finden waren.
- d) Im Anschluß an die Publikation des DSM-III-R (APA, 1987) haben die Autoren und Herausgeber die an sich verdienstvolle Aufgabe übernommen, die einzelnen Störungsbilder durch Falldarstellung zu verdeutlichen und zu konkretisieren. Das Buch liegt mittlerweile auch in deutscher Übersetzung vor (APA, 1989).

Die Darstellung dieser Fälle erscheint aus mehreren Gründen problematisch:

Zum ersten ist sie stark typologisch orientiert, was nicht im Sinne einer kategorialen bzw. dimensional Betrachtungsweise psychischer Störungen ist. Als zweiter Kritikpunkt muß angeführt werden, daß die Darstellung sehr vieler Fälle geradezu „aufmacherisch“ erfolgte; dies mag zwar einer voyeuristischen Haltung des Lesers entgegenkommen, entbehrt aber einer sachlichen und klinisch-sensiblen Vorgehensweise. Zuletzt ist zu bemerken, daß die Darstellung kulturell völlig unterschiedlicher Bedingungen und Störungen zwar lehrreich und illustrativ, ein Bezug zum eigenen Kulturraum aus eben diesem Grund allerdings nur schwer möglich ist.

- e) Im deutschen Sprachraum beginnen Herausgeber von eher praktisch

orientierten Zeitschriften vermehrt mit der Publikation von Einzelfall-Beiträgen; die insgesamt mehr als 20 Beispiele werden von den Leserinnen und Lesern offenbar wohlwollend aufgenommen.

Problematisch erscheint, daß die Beiträge stark verstreut sind (dafür können allerdings die Autoren nichts!); schwerer wiegt der Einwand, daß die Beiträge zumeist ausschließlich therapeutisch geprägt sind und damit einer fundiert klinisch-psychologischen Orientierung entbehren.

Wollte man die heutige Situation der Klinischen Psychologie mit Bezug zur Einzelfall-Analyse charakterisieren, so fallen einige Gesichtspunkte ins Auge:

1. Die einzelfallanalytische Tradition war – auch aus methodologischer Sicht – zwar immer im Hintergrund, doch nie bedeutungslos. Seit Mitte der 70er Jahre kann ein neuer Aufschwung verzeichnet werden (z. B. Hersen & Barlow, 1976; Petermann & Hehl, 1979; Kratochwill, 1978 u. v. a. m.). Die inhaltlichen Argumente für ein einzelfallanalytisches Vorgehen sind inzwischen bekannt (z. B. Bastine, 1984); hervorzuheben ist unter anderem die Bedeutung von Einzelfällen zur Analyse der Varianz von Veränderungen, ihre Bedeutung im diagnostischen Bereich, zur Demonstration seltener und komplexer Fälle, aber auch zur Analyse von Mißerfolgen und zur Darstellung eines länger dauernden Verlaufs einer Störung. In der Klinischen Psychologie wird die Forderung nach einer Rückkehr zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung geradezu programmatisch vertreten (Grawe, 1988, 1990).
2. Die mit dem einzelfallanalytischen Vorgehen verbundenen Probleme sind weitgehend bekannt: Die Betrachtung eines Einzelfalles geht von Individuen-Parametern aus, so daß sich die Frage stellt, inwieweit Generalisierung möglich ist.  
H. P. Huber (1978) hat sich hierzu bereits sehr klar geäußert: Eine Übertragung von Befunden eines Einzelfalles auf den nächsten Fall ist sicherlich nicht möglich; genausowenig möglich ist es aber, von der Analyse von 10, 100 oder 1.000 Fällen auf Merkmale des nächsten, noch nicht untersuchten Falles zu schließen.  
Psychologie befindet sich im Spannungsfeld der Analyse individueller Merkmale einer Person und dem dauernden Versuch zur Verallgemeinerung; die Frage des Zusammenhanges von Individuen-Parametern und Aggregat-Aussagen muß als ein geradezu klassisches offenes Problem angesehen werden, das mit der wissenschaftstheoretischen Frage des Induktivismus zusammenhängt (vgl. Stegmüller, 1971; Westmeyer, 1979).
3. Auch die Darstellung von Einzelfällen – wie die Beiträge in diesem Buch – müssen von Abstraktionen ausgehen; wir sprechen in dem Kapitel von „Sozialer Phobie“, von „Schlafstörungen“ usw. Abstrahiert

wird hinsichtlich derjenigen Merkmale, die in klinisch-psychologischer Hinsicht bedeutsam sind (siehe dazu die Kapitel „Klassifikation“ von H. J. Möller sowie „Klassifikatorische Diagnostik“ von J. Margraf und S. Schneider im Lehrbuch der Klinischen Psychologie, 1998). Die genannten Bezeichnungen stellen Kürzel dar, Übereinkünfte von Fachleuten, um Kommunikation zu erleichtern; sie sind für Forschung unerlässlich. Die Kürzel sollten uns aber nicht dazu verleiten, den Bezeichnungen Realitätscharakter („Die Depression“) zu unterstellen. Falldarstellungen sind kein Argument gegen Abstraktion: Wissenschaft hat immer mit Abstraktion zu tun, da niemals alle Merkmale der komplexen Realität erfaßt werden können.

Die Darstellung der Einzel-Fälle erfolgte anhand der klinisch-psychologischen Aspekte im Lehrbuch (1998); gewiß konnten in dem vorliegenden Buch nicht alle Probleme gelöst werden, die an anderen Falldarstellungen kritisiert wurden. Klinische Psychologen arbeiten in der Regel mit einzelnen Personen; in diesem Buch sollte ein möglicher Zugang zu verschiedenen Störungsbildern demonstriert werden. Dies ist gewiß nicht der einzige Weg, aber er erscheint transparent und folglich nachvollziehbar. Mag der Leser aufgrund der Lektüre eines Kapitels zu anderen Schlußfolgerungen gelangen, spricht dies nicht gegen den Sinn unserer Darstellung.

Die Autoren der einzelnen Kapitel hatten bei der Auswahl ihres speziellen Falles sicherlich gewichtige Überlegungen im Kopf. Ihr erkenntnisgeleitetes Interesse (um mit Habermas, 1968, zu sprechen) sollten wir den Autorinnen und Autoren zugestehen. Damit sind die Beiträge keineswegs der Kritik entzogen – im Gegenteil: Klare Kritik eines klaren Standpunktes ist im Sinne Poppers (1972) ein zentrales Element des wissenschaftlichen Fortschritts; dazu muß aber erst einmal ein Standpunkt formuliert sein. Ich hoffe, einen solchen zu formulieren, ist mit den einzelnen Beiträgen des Buches gelungen.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Bastine, R. (1984). *Klinische Psychologie, Band 1*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dunlap, K. (1932). *Habits: Their making and unmaking*. New York: Liveright.
- Ebbinghaus, H. (1885). *Über das Gedächtnis: Untersuchungen zur experimentellen Psychologie*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Eysenck, (1976). *Case studies in behaviour therapy*. London: Routledge & Kegan (dt. 1979).

- Eysenck, H.J. (1979). *Verhaltenstherapeutische Fallstudien. Beiträge zur klinischen Psychologie* (hrsg. von M. Perrez). Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie*. Frankfurt/M.: Fischer Bücherei (1970).
- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. Editorial. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 1–7.
- Grawe, K. (1990). Über den Umgang mit Zahlen. In K. Grawe, R. Hänni, N. Semmer & F. Tschann (Hrsg.), *Über die richtige Art Psychologie zu betreiben*. Göttingen: Hogrefe.
- Habermas, J. (1968), *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hersen, M. & Barlow, D.H. (1976). *Single case experimental designs. Strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press.
- Huber, H.P. (1978). Kontrollierte Fallstudie. In L.J. Pongratz (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie*, Bd. 8, *Klinische Psychologie*, 2. Halbband. Göttingen: Hogrefe.
- Huber, O. (1979). Ist der Mensch meßbar? Der Beitrag der modernen Meßtheorie. In D. Rüdiger & M. Perrez, *Festschrift: Anthropologische Aspekte der Psychologie*. Salzburg: Otto Müller-Verlag.
- Köhler, Th. (1987). *Das Werk Sigmund Freuds: Entstehung, Inhalt, Rezeption. Bd. 1. Von der hypnotischen Suggestionsbehandlung zur Theorie des Traums*. Eschborn: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Köhler, Th. (1989). *Psychosomatische Störungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kratochwill, T.R. (Ed.). (1978). *Single subject research. Strategies for evaluation change*. New York: Academic Press.
- Lazarus, A. A. (1958). New methods in psychotherapy: A case study. *South African Medical Journal*, 32, 660–664.
- Mackinger, H. (Hrsg.). (1979). *Verhaltenstherapie in der Klinischen Praxis*. Salzburg: O. Müller.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1998). Klassifikatorische Diagnostik, Strukturierte Interviews und Therapieindikation. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Meyer, V (1957). The treatment of two phobic patients on the basis of learning principles. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55, 261–266.
- Möller, H.-J. (1998). Probleme der Klassifikation und Diagnostik. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, E. & Hehl, F.J. (Hrsg.). (1979). *Einzelfallanalyse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Popper, K.R. (1972). *Conjectures and Refutations. The Growth of Scientific Knowledge*. London, Routledge & Kegan Paul.
- Prince, M. & Coriat, I. (1907/1908). Cases illustrating the educational treatment of the psycho-neuroses. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 166–177.
- Reinecker, H. (Hrsg.). (1998). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Revers, W.J. (1962). *Ideologische Horizonte der Psychologie*. München: Pustet.
- Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B.W. & First, M.B. (Hrsg.). (1991). *DSM-III-R Falldarstellungen*. Weinheim: Beltz.
- Thomae, H. (1952). Die biografische Methode in den anthropologischen Wissenschaften. *Studium Generale*, 5, 163–177.



- Ullmann, L.P. & Krasner, L. (Eds.). (1965). *Case studies in behavior modification*. New York: Holt.
- Watson, J.B. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1–14.

## Kapitel 1

# Spezifische Phobie

Hans Reinecker, Bamberg

Ängste sind jedem Menschen aus dem Alltag mehr oder weniger gut bekannt; viele dieser Ängste beziehen sich auf Situationen, die für das Überleben des Individuums und der Spezies bedeutsam sind. Wir sprechen in diesem Zusammenhang davon, daß die Angst Hinweis- oder Signalcharakter besitzt; Freud (1926) hatte das in seiner neuen Fassung der Angsttheorie im Prinzip bereits ganz ähnlich gesehen.

In der Verhaltenstherapie haben spezifische Phobien aus dem Grund große Bedeutung gewonnen, daß sich therapeutische Prinzipien offenbar sehr deutlich demonstrieren ließen (siehe dazu die Tradition der Verhaltenstherapie in den 60er Jahren; Beispiele in Ullmann & Krasner, 1965). Die Behandlung sogenannter „einfacher“ Phobien hat anfangs auch die Rezeption der Verhaltenstherapie mit geprägt; heute ist ziemlich klar, daß die Behandlung von spezifischen Phobien in erster Linie Demonstrationscharakter besaß und deren Gegenstandsbereich alles andere als „einfach“ anzusehen ist. Verhaltenstherapie hat darüber hinaus ihre Brauchbarkeit bei einem breiten Bereich von komplexen psychischen Störungen längst überzeugend bewiesen (vgl. z. B. Meyer et al., 1991; Grawe et al., 1994).

Personen mit spezifischen Ängsten wenden sich in der Regel nicht an Klinische Psychologen oder Psychotherapeuten, weil die Ängste meist nicht zu einer gravierenden Einschränkung des Verhaltensspielraums und Lebensvollzuges führen (vgl. dazu die Kriterien für die klinische Relevanz von Ängsten bei Marks, 1987). Dies täuscht unter Umständen etwas über die Häufigkeit und Verbreitung des Störungsbildes hinweg: In epidemiologischen Studien liegt die 6-Monats-Prävalenzrate für spezifische Phobien zwischen 4,5 und 11,8 % (Myers, et al., 1984). Bei spezifischen Ängsten ist wie bei allen Phobien ohne therapeutische Behandlung von einem chronischen Verlauf auszugehen (Wittchen, 1988). Dieser Umstand relativiert den Eindruck einer leichten, vorübergehenden und durch eine therapeutische Intervention unschwer zu behebenden Störung. Panikanfälle,

Gefühle des Kontrollverlustes usw. sind Emotionen, die auch bei spezifischen Phobien eine große Rolle spielen (vgl. Craske, 1991). Für detaillierte Angaben zur Epidemiologie, Verlauf und Nosologie wird auf andere Quellen verwiesen (Marks, 1987; Reinecker, 1993).

In der neueren Literatur über phobische Störungen wird zumeist darauf hingewiesen, daß eine nosologische Einteilung von Phobien nach ihrem Inhalt wenig sinnvoll ist; griffige und gelehrt klingende Bezeichnungen legen eine solche Unterteilung zwar nahe, diese sind jedoch in ätiologischer und therapeutischer Hinsicht irrelevant (z. B. Aichmophobie, Arachnophobie über Hydrophobie, Klaustrophobie und Ornithophobie bishin zur Xenophobie und Zoophobie; siehe dazu die Auflistung von über 250 Bezeichnungen bei Tuma & Maser, Anhang, 1985).

Eine gewisse Bedeutung kommt allerdings der Einteilung in verschiedene Situations-Klassen zu, nämlich:

- a) Tierphobien (Hunde, Mäuse, aber auch Kleintiere wie Spinnen, etc.);
- b) Krankheitsphobien als heterogene Gruppe von z. T. hypochondrischen Ängsten vor Krankheiten (Herzphobien; Cancerophobien, AIDS-Phobien . . .) mit z. T. ausgedehnten Vermeidungsritualen, Angst vor Krankenbehandlung sowie vor Blut und Verletzungen.
- c) Situationsphobien, die sich in der Regel auf eine abgrenzbare Situation oder Tätigkeit beziehen (z. B. Flugphobien, Klaustrophobien, Höhenangst, Dunkelangst aber auch Sphinkterphobien oder Sexualphobien).

Es muß unbedingt darauf hingewiesen werden, daß Phobien vielfach mit anderen psychopathologischen Beeinträchtigungen einhergehen, sei es im Sinne der Ko-Morbidität mit einer Achse-I-Störung (APA, 1994) oder auch einer Beeinträchtigung auf der Ebene einer Persönlichkeitsstörung (Achse-II, vgl. Fiedler, 1998). Sehr fundierte Überlegungen zur Diagnostik und Klassifikation werden von Margraf & Schneider (1998) dargelegt und sollen hier ausgeklammert bleiben.

### *Biographische Angaben*

Herr I. ist ein 35jähriger Facharbeiter in einem Großbetrieb; er ist seit 14 Jahren verheiratet und lebt mit seiner Frau und 3 Kindern in einem vor 2 Jahren neu erbauten Haus.

Kindheit und Jugend schildert der Patient als unproblematisch, auch das Verhältnis zu den Eltern war offenbar frei von gravierenden Problemen; als sehr belastend stellte für ihn der plötzliche Tod der Mutter vor 10 Jahren dar. Er selbst hebt besonders hervor, neben seiner beruflichen Tätigkeit intensiven musischen Interessen nachzugehen: Er hat selbständig Klavier-

und Cellospielen gelernt und lebt seine musikalischen Ambitionen im Rahmen seiner Freizeitgestaltung auch zusammen mit anderen Musikern intensiv aus. Die musikalischen und ebenfalls literarischen Neigungen stellen offenbar einen wichtigen Ausgleich zu Herrn I.s technischer Tätigkeit im Beruf dar.

Die Beziehung zu seiner Frau (die er seit 18 Jahren kennt) war wegen einer kurzen außerehelichen Affäre ihrerseits vor 6 Jahren nicht immer unproblematisch, derzeit allerdings erscheint sie stabil; der Patient schildert diffuse Befürchtungen, daß ihn seine Frau verlassen könnte. In seinem Selbstbild leidet er massiv unter diesen gravierenden Ängsten, die in der Partnerschaft zu einer deutlichen Abhängigkeit geführt haben.

## 1 Beschreibung der Störung

Herr I. kommt auf Anraten eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie zur therapeutischen Behandlung; diesen Arzt hatte das Ehepaar bereits vor 6 Jahren wegen ihrer ehelichen Krise aufgesucht und offenbar effiziente Hilfestellung erhalten.

Der Patient schildert panische Ängste vor spezifischen Wetterbedingungen, insbesondere vor Wind, Sturm, Gewitter etc. Als Auslöser schildert Herr I. eine Sturmnacht im Februar 1990 (vor genau einem Jahr), die in weiten Teilen Europas verheerende Schäden angerichtet hatte. Seine Familie hatte ein knappes Jahr vorher das mit großem Aufwand und Belastungen errichtete Haus bezogen, die Ängste des Patienten richteten sich zunächst ganz konkret auf diese existenzielle Bedrohung.

Bis zum Herbst 1990 hatten die Angstzustände für den Patienten offenbar keine Rolle gespielt, erst im Zusammenhang mit den jahreszeitlich bedingten Stürmen wurden die Ängste für Herrn I. so einschränkend, daß er sich gegen Jahresende wieder an den Psychiater wandte. Nach einer somatischen Untersuchung der Erschöpfungszustände, der Erregung, Unruhe, Magenbeschwerden etc. behandelte er den Patienten zunächst kurzfristig mit homöopathischen Mitteln und verschrieb in der Folge ein Beruhigungsmittel. Als sich nach einigen Wochen keinerlei Besserung zeigte, riet der Arzt zur Psychotherapie; der Patient griff diesen Vorschlag bereitwillig auf, da er einer medikamentösen Behandlung seiner Beschwerden sehr kritisch gegenübergestanden hatte.

Bereits im Erstgespräch schildert Herr I., daß seine Situation inzwischen unerträglich geworden sei, weil er die konkrete Gefahr sehe, seine Berufstätigkeit aufgeben zu müssen. Vor allem die somatischen Begleiterscheinungen seiner Angst (siehe unten) hatten häufige Fehlzeiten verursacht,

konkrete Vermeidungsstrategien (siehe unten) große berufliche Schwierigkeiten mit sich gebracht. Seine Ängste vor Wind, Sturm und Unwetter hatten einen hohen Grad der Stimulusgeneralisierung erreicht: Bereits ein leichtes Rauschen von Blättern im Wind, auch der Wetterbericht (z. B. Sturmtief über den britischen Inseln . . .), Zeitungslektüre (z. B. Meldungen über Unwetterschäden an der Nordseeküste . . .) etc. lösten panische Ängste aus. Vor dem Hintergrund seines Selbstbildes, nämlich des großen, kräftigen Mannes, der keine Schwächen zu zeigen hat, versuchte er seine Probleme vor der Umgebung zu verbergen; in Gesprächen mit seiner Frau bemüht sie sich darum ihn zu beruhigen, was aber seiner Ansicht nach keine langfristige Lösung darstellen kann.

Eine Beschreibung der Beschwerden des Patienten soll auf folgenden Ebenen erfolgen (Lang, 1985; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996):

### Verhaltens-Ebene ( $\alpha$ )

Ausgedehntes **Vermeidungsverhalten**, der Patient liest keine Zeitungen, Fernsehen ist nur ganz begrenzt möglich; er sitzt in der Arbeit vom Fenster weggedreht, geht nur aus dem Haus, wenn Windstille herrscht (und nach Möglichkeit nur in Begleitung).

Diese Verhaltensweisen führen zu einer Einschränkung im beruflichen und Freizeitbereich (z. B. Absage von Musikertreffen . . .). Wenn Auslöser nicht zu vermeiden sind, zeigt sich ausgedehntes Fluchtverhalten, das seinerseits wieder sehr gefährlich werden kann, z. B. rasende Autofahrt, um einem Gewitter zu entkommen usw.

### Gedankliche Ebene ( $\beta$ )

Die gedankliche Ebene ist durch konkrete **Befürchtungen** und eine Antizipation von Stürmen und mit ihnen verbundenen Schädigungen gekennzeichnet; Herr I. bezeichnet seine Befürchtungen als zwar teils begründet (neu erstelltes Haus, in dem er sich sehr wohlfühlt; im Februar 1990 war das Haus noch nicht gegen Sturmschäden versichert), teilweise aber als nicht mehr berechtigt (Versicherung inzwischen abgeschlossen).

Die permanenten Gedanken an Wind, Sturm etc. – Bedingungen, die außerhalb menschlicher Kontrolle liegen – schränkt nicht nur Herrn I's Verhaltensspielraum ein; die „kreisenden Gedanken“ verhindern eine für ihn sinnvolle Beschäftigung (beruflich, aber auch im Freizeitbereich, z. B. lesen, musizieren . . .), weil immer wieder die „Angstgedanken“ dazwischen kommen.

Sekundär gesehen sind die konkreten Selbstverbalisationen bedeutsam, z. B. Gedanken wie „...so kann es nicht weitergehen...“; „dies wird ja immer schlimmer!...“; „...Wie soll ich das bloß schaffen?“.

### Somatisch-physiologische Ebene ( $\gamma$ )

Die **körperlichen Beschwerden** – offenbar direkt ausgelöst durch die genannten situationalen Bedingungen – stehen für den Patienten zunächst im Vordergrund: Herr I. leidet unter einem unbestimmten Schwächegefühl, einem Brennen in der Stirn- und Augengegend, einem Druck und Rumoren im Bauch mit häufigem Durchfall, Schweißausbrüchen („kalter Schweiß“), Zittern, schnellem Atem usw. Wenn die Auslöser abklingen, vergehen auch die Beschwerden innerhalb von 20–30 Minuten; der Patient schildert ein dauernd hohes Anspannungsniveau; Erregung und Unruhe (Vigilanz) beeinträchtigen Schlaf und Entspannung in extremer Weise und können u. U. in einer Art Kreislauf von Gedanken, Verhalten und körperlichen Beschwerden gesehen werden (siehe unten).

Herr I. ist in der psychotherapeutischen Anamnese sehr aufgeschlossen und gibt bereitwillig Auskunft über seine Probleme; er erwartet sich vom Therapeuten effiziente Hilfe im Sinne eines konkreten Umganges mit seinen Schwierigkeiten. Wenn das Gespräch Auslöser der Beschwerden thematisiert, führt dies sogar in der Interviewsituation zu Anspannung, Unruhe, Zittern, Erröten des Patienten, und er vermeidet es, aus dem Fenster (Baumwipfel) zu schauen.

Für die Darstellung spezifischer Phobien wurde Herr I. ausgewählt, weil sich anhand seines Falles verdeutlichen läßt, wie stark selbst ein spezifisches und ganz alltägliches Ereignis zu einer gravierenden Einschränkung des Lebensvollzugs führen kann; hier muß wohl von einer Störung mit Krankheitswert gesprochen werden, weil beim Patienten die konkrete Gefahr besteht, seine Berufstätigkeit aufgeben zu müssen. Darüber hinaus sind folgende Gesichtspunkte bedeutsam:

- Bei Herrn I. standen die körperlichen Beschwerden zunächst im Vordergrund, was zum einen für Phobien ganz allgemein typisch ist, aber auch mit der medizinisch-somatischen Orientierung im Gesundheits-System zusammenhängt (der Patient berichtet dem Arzt zunächst eher körperliche Beschwerden ...).
- Durch die therapeutische Vor-Erfahrung im Zusammenhang mit der Partnerschaftskrise hatte der Patient bereits ein gewisses Muster für eine mögliche Bewältigung seiner Problematik vor Augen; ein „psychologischer“ Zugang schien ihm deshalb nicht ganz fremd. Es ist darüber hin-

aus bemerkenswert, daß er sich nicht eine „schnelle Hilfe“ durch Medikamente erwartete, sondern bereit war, konkret an seinem Problem zu arbeiten.

- Eine letzte Begründung für die Auswahl hängt damit zusammen, daß sich am Fall Herrn I's diagnostische, theoretische und therapeutische Gesichtspunkte verdeutlichen lassen, ohne eine Verkomplizierung durch andere Problembereiche (Familie, Partnerschaft, andere psychische Störungen . . .). Dieses Faktum erscheint vor allem aus Gründen der Klarheit und Didaktik bedeutsam.

## 2 Differentialdiagnostik

Bei Herrn I. sind die Kriterien für eine spezifische Phobie (DSM IV, APA, 1994; dt. 1996) erfüllt:

- Der Patient leidet unter einer anhaltenden und von ihm selbst als irrational bezeichneten Furcht vor spezifischen Situationen, die er nach Möglichkeit zu vermeiden sucht. Die Angst des Patienten bezieht sich auf die Situation selbst, auf deren Antizipation und auf mögliche Folgen.
- Durch die Angst ist der Patient in seinem Lebensvollzug beeinträchtigt; diese Beeinträchtigung betrifft den beruflichen Bereich ebenso wie Freizeitverhalten und familiäre Interaktion.
- Die Angst des Patienten ist nicht durch andere psychische Störungen (zu denken ist an Schizophrenie oder Zwangsstörung) bedingt; durch eine präzise somatische Abklärung können auch körperliche Ursachen für die Störung zumindest vorläufig ausgeschlossen werden.
- Besonders bedeutsam sind komplexe Verhaltens-Muster der (passiven) Vermeidung angstausslösender Situationen, die den Patienten soweit einschränken, daß seine Berufstätigkeit in Frage gestellt ist. Vermeidung stellt insofern eine problematische Bewältigungs-Strategie dar, als durch sie eine Auseinandersetzung mit der Situation umgangen wird; die Vermeidung führt darüber hinaus zu einer immer gravierenderen Einschränkung des Verhaltensspielraums.

In differentialdiagnostischer Hinsicht ist vor allem eine Abgrenzung zu anderen phobischen Störungen (insbesondere Agoraphobie) sowie zur Panikstörung, zu depressiven Störungen und zu Persönlichkeitsstörungen bedeutsam.

Agoraphobie lag beim Patienten nicht vor, weil seine Ängste zwar stark generalisiert sind (gedanklicher Bereich), sich aber nach wie vor um ein einziges Thema gruppieren.

Der Patient berichtet zwar über panikartige Zustände bei einer Konfrontation mit der Situation; die Kriterien für Panikstörungen sind aber deshalb nicht erfüllt, weil die Panik weder unkontrolliert noch unvorhersagbar auftritt, sondern klar an eine spezifische Situation geknüpft ist. Auch die Häufigkeit der Attacken und die Kombination körperlicher Beschwerden bei der Panik von Herrn I. führen zum Ausschluß der Diagnose „Panikstörung“.

Der Patient schildert eine Reihe affektiver Beeinträchtigungen (Rückzug; Niedergeschlagenheit . . .); diese sind jedoch eine Folge seiner Beeinträchtigung durch die Angst und deshalb als sekundär zu sehen.

Eine Persönlichkeitsstörung (Achse II) – z. B. dependente Persönlichkeit oder Borderline-Störung – ist auszuschließen; gegen eine Persönlichkeitsstörung bei Herrn I. spricht nicht nur die gute prämorbidie Anpassung, sondern auch die Tatsache, daß die Angst stark situativen Charakter besitzt.

Etwas irritierend sind die komplexen somatischen Beschwerden des Patienten; nach einer genauen diagnostischen Abklärung (Aufzeichnung des Patienten in speziellen Situationen, siehe unten) lassen sie sich jedoch recht eindeutig als massive Ausprägung der Angst auf der somatischen Ebene ( $\gamma$ -Variable) sehen. Dies spricht dafür, daß die Angst des Patienten im klinischen Kontext („Krankheitswert“) gesehen werden muß.

Im Zusammenhang mit dem diagnostischen Interview wurden eine Reihe von standardisierten Fragebögen vorgegeben, die zur Ökonomisierung der Befunderhebung ebenso wie zur allgemeinen Übersicht („Screening“) über verschiedene Störungsbereiche dienen.

Im einzelnen waren dies:

FLG	Fragebogen zur Lebensgeschichte
FSS III	Angstfragebogen
U-Fragebogen	Unsicherheitsfragebogen zum Ausschluß sozialer Angst
PF-Problemfragebogen	Screening allgemeiner Beschwerden und Probleme

Als Ergänzung zur Datengewinnung sind die Selbstaufzeichnungen des Patienten von großer Bedeutung; nach einer konkreten Anleitung beobachtete und berichtete der Patient seine Angstreaktionen in einem detaillierten „Verhaltens-Tagebuch“. Der Patient sollte situationale Auslöser, Verhaltensmerkmale und Konsequenzen seiner Angst festhalten und berichtete u. a. von folgenden Beschwerden:



Situation/Vorausgehende Bedingungen	Verhalten, Gedanken, Gefühle, Erwartungen	Konsequenzen, Umgang mit dem Problem
<b>Do, 22.30 Uhr,</b> im Bett: Aufkommen starker Windböen	Panische Angst, „O Gott, schon wieder“. Herz rast bis zum Hals, Zittern am ganzen Leib, ruhelos, stehe auf und rauche eine Zigarette, im Bauch zieht sich alles zusammen	23.30 Uhr: Wind wird wieder schwächer, ich werde ruhiger und schlafe ein
<b>Fr, 6.00 Uhr:</b> Fahrt zur Arbeit, leichter Wind	beobachte jeden Strauch, jede Fahne sehr aufmerksam . . . unruhiges Gefühl im Bauch, ich habe Angst, der Wind könnte wie der stärker werden, „wann wird das endlich besser?“ nehme 1 Tranxilium	ich konzentriere mich auf die Arbeit  die Tablette wirkt, es geht mir besser Frühstück mit der Familie, es verspricht ein herrlicher Tag zu werden.
<b>So, 9.15 Uhr:</b> Aufstehen, schönes Wetter, Sonne, kein Wind	schaue aus dem Fenster, „hoffentlich bleibt es so“ die Gedanken beschäftigen sich immer mit dem Wetter, ich bin etwas nervös, „hoffentlich bleibt es ein paar Tage so“	

In der Übersicht sind lediglich drei Beispiele aus vielen anderen herausgegriffen; die Anleitung zur Selbstbeobachtung stellt nicht nur eine Strategie dar, um den Patienten für seine Beschwerden zu sensibilisieren (siehe auch motivationale Aspekte), die Aufzeichnungen bilden vielmehr eine entscheidende Grundlage für die Erfassung des therapeutischen Verlaufs. Für die Klärung der Bereitschaft zur Veränderung auf Seiten des Patienten, sowie für die Aufrechterhaltung der Motivation sind Verfahren der Selbstaufzeichnung von großem praktischen Wert. Die Rückmeldung über Veränderungen hat zudem günstige therapeutische Effekte.

Sowohl in der Exploration, im therapeutischen Verlauf und in der Selbstbeobachtung des Patienten sollte detailliert auf sogenannte „unproblematische“ Bereiche geachtet werden, da diese konkrete Ansatzpunkte für therapeutische Änderungen bieten können.

Bei der Behandlung spezifischer Phobien ist aus praktischer Sicht immer eine gewisse Vorsicht geboten: In vielen Fällen bildet „die Phobie“ eine Art „Präsentierproblem“, das dem Therapeuten gewissermaßen als eine Art Köder angeboten wird, um in der Folge das zentrale Problem zur Sprache zu bringen (z. B. depressive Problematik; Partnerproblematik etc.). Dieses Phänomen ist auch deshalb zu beachten, weil Patienten im Rahmen unseres Versorgungssystems mit phobischen Störungen gewöhnlich nur

selten therapeutische Hilfe aufsuchen. Die phobischen Probleme Herrn I.s allerdings waren derart gravierend, daß eine Behandlung dringend angeraten erscheint; die therapeutische Vorerfahrung hat offenbar den Zugang zur Therapie erleichtert.

### 3 Erklärungsansätze/theoretisches Modell

Zur Erklärung phobischer Störungen kann auf verschiedene Modelle hingewiesen werden (Überblick: Reinecker, 1993); diesen ist gemeinsam, daß sie in der Regel Versuche darstellen, ein bereits abgelaufenes, zumeist schon Jahre zurückliegendes Geschehen in ein theoretisches Gefüge einzuordnen. Wir dürfen niemals von der Idee ausgehen, einmal „die“ Ursache einer Störung erfaßt zu haben. Klinisch-psychologische Modelle (Bastine, 1984) liefern allerdings einen bewährten Hintergrund für eine wissenschaftliche Beschreibung und für die Erklärung der psychischen Störung.

Bei Herrn I. lassen sich im Bereich prädisponierender Faktoren kaum Hinweise finden; zu denken wäre evtl. an die Belastung im Zusammenhang mit dem Bau seines Hauses und die damit verbundene Sorge um seine Familie. Die Tatsache, daß gewissermaßen sein Lebensinhalt in einer einzigen Nacht zerstört sein könnte, bildet einen nachvollziehbaren Grund für Unruhe und Angst.

Daß genau in die sensible Phase unmittelbar nach der Fertigstellung des Hauses das für ihn belastende Ereignis hereinbrach, kann als Koppelung, als eine Art „innere Kontingenz“ (Rescorla, 1988) angesehen werden. Der Patient schildert selbst, daß die panische Angst, unter der er gegenwärtig leidet, offenbar durch den geschilderten auslösenden Faktor bedingt war. Zusätzlich zu diesem lerntheoretischen Mechanismus ist der Aspekt hoher Bedeutsamkeit anzuführen, d. h. daß die existentielle Bedrohung einen Bereich betraf, der für das Leben des Herrn I. ausgesprochen zentral war und noch immer ist. Die somatischen und psychophysiologischen Begleiterscheinungen gehören zur komplexen Angstreaktion und spielen für die Aufrechterhaltung eine wichtige Rolle.

Besonders erstaunlich ist, daß sich die Phobie des Patienten ätiologisch zwar an ein konkretes Ereignis im Februar 1990 knüpfen läßt, rund ein halbes Jahr im Anschluß keine kontinuierliche Verschlechterung eingetreten ist. Eine solche war erst festzustellen, als im Herbst 1990 die ersten Stürme auftraten. Besonderes Augenmerk verdienen deshalb die aufrechterhaltenden Faktoren:

- Zu nennen ist in erster Linie die Strategie der *Vermeidung* des Patienten: begünstigt wurde sie durch Wetterbedingungen (Frühjahr, Sommer), ebenso eine dauernde Strategie der Ablenkung von Seiten Herrn I.s. Die Vermeidung hat eine aktive Auseinandersetzung mit und Bewältigung der Angst verhindert (Rachman, 1990).
- Man kann sich darüber hinaus fragen, ob vollständige Vermeidung in einer solchen Situation überhaupt möglich ist: Wind, ein Sturm, Gewitter sind – auch unter optimalen Bedingungen – nicht zu umgehen. Hier muß der Umstand angeführt werden, daß eine Konfrontation zwar gegeben war, eine echte Auseinandersetzung („emotional processing“, Foa & Kozak, 1986) aber nicht erfolgte. Der Patient hat sich offenbar nicht auf die emotionale Bedeutung seiner Ängste eingelassen (Pennebaker, 1993; Teasdale, 1993); Strategien der Ablenkung spielen hier eine zentrale Rolle.
- Die ca. ½jährige „Latenzphase“ läßt an das NAPALKOV-Phänomen denken (Eysenck, 1976, 1979): Eysenck hatte für die sogenannte Typ-B-Konditionierung Bedingungen der *Inkubation* von Angst genannt. Bedeutsam sind sowohl massive Traumatisierungen, motivationale Eigenschaften (Bedeutungen) und eine kontinuierliche internale Konditionierung im Sinne eines Aufschaukelungsprozesses (s. unten). Die Angst wurde für Herrn I. offenbar erst im Herbst wieder relevant, als ähnliche Auslöser zu ähnlich massiven Belastungen führten, die zudem entsprechende Bedeutung für den Patienten innehatten.
- Die Rolle *interozeptiver Prozesse* für die Aufrechterhaltung von Ängsten ist bekannt und wird vor allem in kognitiven Modellen der Angst thematisiert (Rachman, 1990; Margraf & Schneider, 1990): Die durch eine belastende Situation ausgelösten körperlichen Beschwerden sind für den Patienten unerklärlich und werden zu einem kontinuierlichen Hinweis auf eine besondere Gefahrensituation; solche kann man sich auch im Sinne eines Prozesses der Aufschaukelung vorstellen, wo im Sinne pathologischer Selbstregulation gedankliche und psychophysiologische Prozesse interagieren (Kanfer et al., 1996).
- Gedankliche Prozesse im Sinne problematischer *Attributionen* wurden bereits angesprochen; die Tatsache, daß Herr I. keine Möglichkeit der Erklärung für seine Beschwerden findet, führt zu Hilflosigkeit, Vermeidung und Stabilisierung der phobischen Symptomatik. Daß das Problem im Kontrast zu Herrn I's Selbstbild als gesundem, kräftigen Mann steht, dürfte eine zusätzliche Quelle der Verunsicherung darstellen.
- Als abschließender Punkt sind gedankliche Prozesse anzuführen, wie sie im Selbstbeobachtungs-Schema von Herrn I. beispielhaft aufgelistet sind. In kognitiven Ätiologietheorien (Beck et al., 1985; Rapee, 1991; Reiss, 1991) wird immer wieder die zentrale Rolle von *Erwartungen*

und Selbstverbalisationen betont („Oje, jetzt kommt es schon wieder ...“ usw.). Im Sinne einer Interaktion verschiedener Ebenen von Angst tragen solche Kognitionen zu einer Stabilisierung bei und verhindern eine Bewältigung der phobischen Problematik.

In der Auflistung wurden lediglich einige zentrale Elemente einer theoretischen Erklärung angesprochen; es mag zwar verführerisch sein, sie in ein einheitliches Modell zu bringen. Dies entspricht jedoch kaum der Komplexität des Gegenstandes und ist vor dem Hintergrund eines theoretischen Pluralismus nicht notwendig. Wichtig ist allerdings, daß die in den Erklärungsmodellen angesprochenen Elemente

- a) theoretische Fundierung im Bereich der klinischen Psychologie aufweisen,
- b) auf die spezifische und einmalige Situation eines Patienten bezogen werden können, und
- c) konkrete therapeutische Ansatzpunkte nahelegen, die in der praktischen Arbeit umgesetzt werden können.

Vor der therapeutischen Behandlung und in enger Interaktion mit dem therapeutischen Prozeß steht die Vermittlung eines plausiblen Modells für die Ätiologie und Therapie an den Patienten; Herrn I. wurde schrittweise eine psychologische Sichtweise für die Entstehung und Aufrechterhaltung seiner Phobie vermittelt. Diese Vermittlung orientiert sich zwar an den theoretischen Modellen, wie sie oben angeführt sind, berücksichtigt aber die individuelle Situation und das Verständnis von Seiten des Patienten. Einfache Skizzen, Schemata, Schaubilder, Erklärungen etc. spielen hier eine wichtige Rolle. Als Beispiel sei eine Skizze aus einem Therapie-Protokoll angeführt, die gemeinsam von Therapeut und Patient erarbeitet wurde, und die dem Patienten die Komplexität von Angstreaktionen verdeutlichen sollte (Abb. 1).

Die Vermittlung eines plausiblen Modells schafft Transparenz, Verständnis für die eigenen Probleme und motiviert den Patienten zu aktiver Arbeit

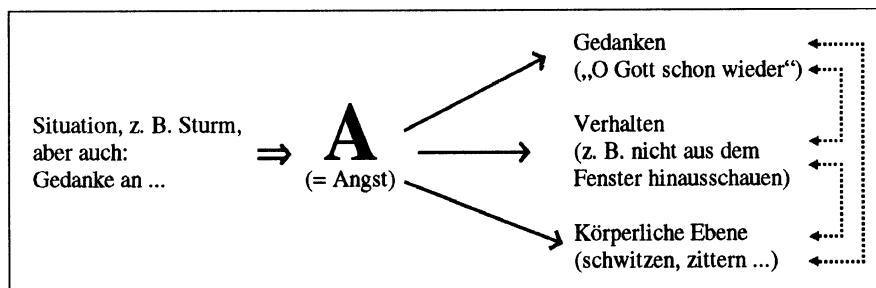


Abbildung 1: Beispiele für ein plausibles Modell des Ablaufes von Angst

zwischen den Sitzungen; zugleich wird damit eine für den Patienten verständliche Einordnung des Problems in seinen Lebensvollzug geleistet. Die Vermittlung eines plausiblen Modells beginnt bereits im Erstgespräch und zieht sich durch den gesamten psychotherapeutischen Prozeß; sie ist von den sogenannten spezifischen therapeutischen Wirkfaktoren nicht zu trennen.

## 4 Interventionsprinzipien

Die Behandlung spezifischer Phobien verlangt im Prinzip eine Auseinandersetzung des Patienten mit der problematischen Situation, den Versuch einer Bewältigung dieser Situation bzw. den Erwerb von Strategien zum Umgang mit der angstausslösenden Situation. Dazu bieten sich unterschiedliche Zugänge aus klinisch-psychologischer Sicht an (vgl. Rimm & Masters, 1979; Marks, 1987; Bellack, Hersen & Kazdin, 1990).

In jedem Fall ist zu berücksichtigen:

- a) Eine Konfrontation des Patienten mit auslösenden Situationen (Vorstellung, Realität, gestuft, massiert etc.)
- b) Eine echte emotionale Auseinandersetzung mit der Situation („emotional processing“); dabei muß darauf geachtet werden, daß sich der Patient mit der negativen emotionalen Bedeutung dieser Situation auseinandersetzt (vgl. dazu Pennebaker, 1993). Dies stellt in der Regel einen schwierigen Schritt im Rahmen der Therapiedurchführung dar.
- c) Eine mehr oder weniger direkte Veränderung von gedanklichen Mustern (kognitiven Prozessen) des Patienten.

Nach der konkreten Verhaltensanalyse, Zielklärung und Therapieplanung wurden mit Herrn I. sehr bald erste Schritte der Auseinandersetzung mit der Angst in die Wege geleitet; die hohe Motivation war dabei sicherlich ein begünstigender Faktor. Anhand einer Skizze über den Verlauf seiner Angst (erwartet versus real) konfrontierte sich der Patient sowohl in der therapeutischen Situation (als Beispiel, zum Zwecke der Anleitung . . .), insbesondere aber zwischen den Sitzungen mit stufenweise schwierigeren Situationen (Abb. 2).

Der Patient hatte selbst eine ganze Reihe von guten Ideen zur Konfrontation mit – z. T. gedanklichen – Auslösern seiner Angst: Er kaufte sich das Heft „Geo Wissen“ zum Thema „Klima, Wetter, Mensch“ sowie eine Fachzeitschrift über das Thema „Wie sicher sind unsere Häuser?“ und las in diesen Heften einzelne relevante Beiträge. Er erlebte dabei, wie Angst entstand und allmählich wieder abnahm (vor allem von deren körperlichen

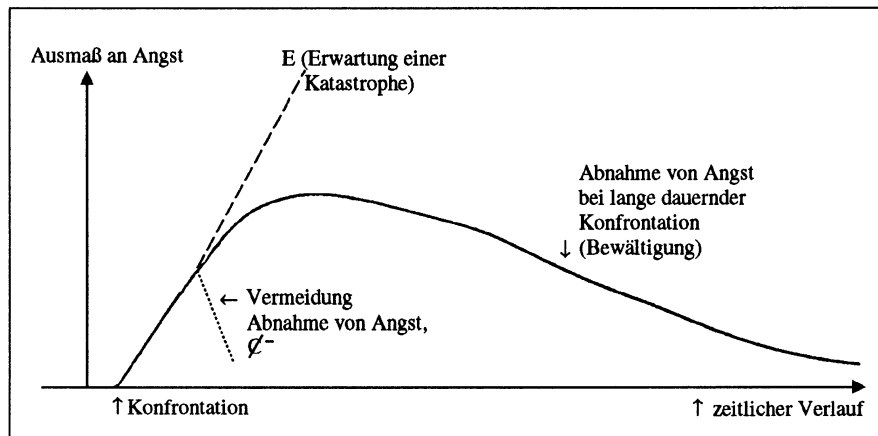


Abbildung 2: Verlauf der Angst bei Konfrontation und Vermeidung

Komponenten), was bereits ein gewisses Gefühl der Kontrolle und Beruhigung mit sich brachte.

Wichtig erscheint es bei der Konfrontation solche Situationen auszuwählen, die für das Alltagsleben des Patienten Relevanz haben; es ist eher von sekundärer Bedeutung, ob massierte Übungen vorgenommen werden oder ob der Patient die Situation schrittweise aufsucht und langsam zum Selbstmanagement übergeht. Bei der schrittweisen Konfrontation ist allerdings die Gefahr einer partiellen Vermeidung durchaus gegeben (vgl. Fiegenbaum, 1988), so daß auf eine echte emotionale Auseinandersetzung mit der Angst zu achten ist. Das prinzipielle therapeutische Vorgehen ist im Detail an anderer Stelle ausführlich beschrieben (Reinecker, 1993).

Den meisten Patientinnen und Patienten ist die Rolle kognitiver Prozesse bei der Entstehung und Aufrechterhalten von Angst relativ bald bewußt („Macht der Gedanken . . .“); als therapeutische Strategie der Umstrukturierung von Gedanken bietet sich u. a. das Streß-Impfungs-Training an (Meichenbaum, 1991). Hier wird eine schwierige Situation in verschiedene Phasen gegliedert (Vorbereitung, Konfrontation, Überwältigung, Selbstverstärkung); für jede dieser Phasen kann der Patient zielführende Gedanken entwickeln, einüben und in kritischen Situationen einsetzen. Auch mit Herrn I. wurden solche Gedanken erarbeitet, in der therapeutischen Situation geübt und als Aufgaben zwischen den therapeutischen Sitzungen eingesetzt.

Herr I. lernte im Laufe von 14 therapeutischen Sitzungen – verteilt über 8 Monate – seine Ängste vollständig zu bewältigen; besonders bedeutsam waren viele Übungen zwischen den Therapieterminen. Deren Ergebnisse

hielt der Patient in einer Liste von Selbstbeobachtungen fest. Dieses Vorgehen ist deshalb besonders hilfreich, weil in der therapeutischen Situation ganz konkret über verschiedene Probleme und Fortschritte gesprochen werden kann. Korrekturen, Ergänzungen und Veränderungen sind schließlich im Detail bei einzelnen Übungen möglich.

Die geringe Anzahl der therapeutischen Sitzungen ist im Kontext der vielen Übungen des Patienten zu sehen; im Prinzip hat Herr I. die Behandlung weitgehend nach Gesichtspunkten des Selbstmanagement durchgeführt, wobei Anleitungen des Therapeuten lediglich die Funktion einer Steuerung, partieller Motivation und fachlicher Strukturierung besaßen. Mit Herrn I. wurde ein Follow-up nach einem 1/2 Jahr vereinbart, zu dem er sich allerdings nicht von sich aus gemeldet hatte. Er wurde dann zu einem Gespräch eingeladen. Hier berichtete er, daß sich seine Situation vor allem auf körperlicher Ebene vollständig gebessert hatte. Fallweise spielten noch ängstliche Gedanken eine Rolle, speziell bei konkreten Auslösern (z. B. Meldungen über Gewitterschäden . . .). Insgesamt gesehen betrachtete der Patient die Therapie für sich selbst als großen Fortschritt und Erfolg.

## 5 Resümee

Spezifische Phobien haben klinische Psychologen bereits lange Zeit zu umfangreicher Theorienbildung angeregt; am Beginn standen psychoanalytische Modelle (angelehnt an die zweite Angsttheorie von Freud, 1926) einerseits und Konditionierungsmodelle andererseits (Wolpe, 1969). In der Zwischenzeit werden eine ganze Reihe von Modellen angeführt, die sich nicht mehr einem einheitlichen theoretischen Standpunkt zuordnen lassen; gemeinsam ist ihnen allerdings, daß sie eine klinisch-psychologische Orientierung aufweisen und die verschiedenen Ebenen phobischer Probleme differenziert erfassen. Dazu ist eine Berücksichtigung von Gesichtspunkten erforderlich, die über eine psychologische Sichtweise im engeren Sinne hinausgehen (z. B. biologische, endokrinologische, kulturelle Aspekte etc.). Die Berücksichtigung dieser Befunde und ihre Einbettung in neuere theoretische Modellvorstellungen macht die Analyse von Phobien zu einem immer wieder interessantem Unterfangen.

Bei der Behandlung der Thematik „Spezifische Phobien“ ist die Diskrepanz zwischen der epidemiologischen Häufigkeit und der aktuellen Behandlungssituation besonders augenfällig: Hier spielen Gesichtspunkte der subklinischen Ausprägung, aber auch Merkmale der Versorgung, eine ausschlaggebende Rolle; mit anderen Worten: Nur wenige Menschen suchen wegen einer Phobie eine therapeutische Behandlung auf, weil die meisten

Personen „damit leben“ können. Nur dann, wenn eine Angst zu einer deutlichen Einschränkung des Lebensvollzugs führt, wie dies z. B. bei Krankheits- und Behandlungsängsten der Fall ist, wird auch vom Patienten eine therapeutische Intervention in Erwägung gezogen. Auch Herr I. kam erst zur Behandlung, als die Gefahr des Verlustes seines Arbeitsplatzes bestand. So gesehen ist es sehr schwer, klare Kriterien für den Schweregrad von Ängsten und Phobien anzugeben: Solche Kriterien sind immer nur in der Relation mit dem Lebenskontext des Patienten zu sehen.

Man sollte sicherlich nicht davon ausgehen, daß spezifische Phobien einfach und simpel zu behandeln seien; dies ist in der Praxis oft nicht der Fall, weil zumeist noch andere Probleme damit einhergehen. Insgesamt ist der Stand der Therapieforschung bei spezifischen Ängsten jedoch durchaus ermutigend (siehe Emmelkamp, 1994; Reinecker, 1993). Die Behandlung setzt aber eine detaillierte Kenntnis des klinischen Bildes und eine ebenso fundierte Kenntnis effizienter therapeutischer Strategien voraus.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1994). (dt. 1996). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Beck, A.T. (1985). Turning anxiety on its head: An overview. In A.T. Beck, G. Emery & R.L. Greenberg (Eds.), *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bellack, A.S., Hersen, M. & Kazdin, A.E. (Eds.). (1990). *Behavior Modification and Therapy* (2nd Ed.). New York: Plenum Press.
- Craske, M.G. (1991). Phobic fears and panic attacks: The same emotional states triggered by different cues? *Clinical Psychology Review*, 11, 599–620.
- Emmelkamp, P.M.G. (1994). Behavior therapy with adults. In S. L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th Ed.). New York: J. Wiley.
- Eysenck, H.J. (1976). The learning theory model of neurosis – A new approach. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 251–267.
- Eysenck, H.J. (1979). The conditioning model of neurosis. *The Behavioral and Brain Sciences*, 2, 155–199.
- Fiedler, P. (1998). Persönlichkeitsstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Fiegenbaum, W. (1988). Long-Term Efficacy of Ungraded Versus Graded Massed Exposure in Agoraphobics. In I. Hand & H.-U. Wittchen (Eds.), *Panic and Phobias*. Berlin: Springer Verlag.
- Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Freud, S. (1925/26). Hemmung, Symptom und Angst. In S. Freud, *Gesammelte Werke, Band XIV*. Frankfurt: Fischer.



- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, N. J.: L. Erlbaum.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1990). *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1998). Klassifikatorische Diagnostik, Strukturierte Interviews und Therapieindikation. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias, and rituals. Panic, anxiety, and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Meichenbaum, D. (1991). *Intervention bei Streß. Anwendung und Wirkung des Streß-impfungstrainings*. Bern: H. Huber.
- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., von Schulenburg, J.M. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Bonn: Gesundheitsministerium.
- Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L., Holzer, C.E., Leaf, P.J., Anthony, J.C., Boyd, J.H., Burke, J.D., Kramer, M. & Stoltzman, R. (1984). Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959–967.
- Pennebaker, J.W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 539–548.
- Rachman, S. J. (1990). *Fear and courage* (2nd Ed.). New York: W.H. Freeman.
- Rapee, R.M. (1991). The conceptual overlap between cognition and conditioning in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 11, 193–203.
- Reinecker, H. (1993). *Phobien. Agoraphobien, soziale und spezifische Phobien*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141–153.
- Rimm, D.C. & Masters, J.C. (1979). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings* (2nd Ed.). New York: Academic Press.
- Teasdale, J.D. (1993). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 339–354.
- Tuma, A.H. & Maser, J.D. (Eds.). (1985). *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Ullmann, L.P. & Krasner, L. (Eds.). (1965). *Case studies in behavior modification*. New York: Holt.
- Wittchen, H.-U. (1988). Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: Results of the Munich Follow-up Study (MFS). In I. Hand & H.-U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias*, 2. Berlin: Springer.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Oxford: Pergamon Press.

## Kapitel 2

# Soziale Phobie

Hans Reinecker, Bamberg

Von sozialer Phobie wird gesprochen, wenn sich die Ängste eines Patienten auf mehrere soziale Situationen beziehen; dazu gehört die Hemmung, sich sozialer oder öffentlicher Beachtung auszusetzen und entsprechende Angst-Reaktionen beim Eintreten einer solchen Situation. Patienten berichten von größter Erwartungsangst, von Zittern, von Schwitzen, Erröten usw.; als besonders kennzeichnend muß ein hoher Grad an *Vermeidung* sozialer Situationen angesehen werden. Ein gewisses Ausmaß an sozialer Angst gilt als völlig normal, z. B. bei neuen Anforderungen, beim Reden vor einem größeren Publikum etc. Von einer *sozialen Phobie* würde man erst sprechen, wenn die Ängste der Situation völlig unangemessen und überdauernd sind und wenn für die Person dadurch deutliche Beeinträchtigungen in ihrem Lebensvollzug entstehen (vgl. Marks, 1987).

Im Kontext sozialer Phobien wird häufig auch von einem Mangel an „Selbstsicherheit“ gesprochen; es lassen sich folgende Komponenten unterscheiden (vgl. Ullrich deMuynck & Ullrich, 1976):

1. Defizite im Bereich sozialer *Fertigkeiten*,
2. dysfunktionale *Einstellungen* der Person sich selbst gegenüber und
3. eine Komponente der sozialen *Angst* und *Hemmung* mit einem starken physiologisch-emotionalen Anteil.

Die Differenzierung der einzelnen Komponenten, die natürlich auch überlappen können, ist vor allem aus therapeutischen Gründen sinnvoll und wichtig.

Die Häufigkeit sozialer Ängste in der Allgemeinbevölkerung wird mit rund 1,7 % angegeben (Myers, et al., 1984); zu berücksichtigen ist, daß eine scharfe Trennung in „sub-klinische“ Fälle mit verschiedenen Graden an sozialer Beeinträchtigung und klinischen Störungen mit Krankheitswert kaum möglich ist: Gerade bei sozialer Angst sind Vermeidung und Ver-

heimlichung charakteristisch, so daß eine konkrete epidemiologische Erfassung sehr erschwert wird.

Der Beginn sozialer Ängste läßt sich im Alter von 15 bis 20 Jahren festmachen: Dies ist jene Entwicklungsphase, in der neue Rollen übernommen werden müssen, vermehrt Selbständigkeit und Selbstsicherheit erforderlich sind und tatsächlich verlangt werden (Beruf; gleich- und gegengeschlechtliche Kontakte . . .). In gewisser Weise könnte von einer „sensiblen Phase“ für die Entstehung sozialer Ängste gesprochen werden. Im Unterschied zu anderen Ängsten ist die Geschlechtsverteilung bei sozialen Phobien fast ausgeglichen, allerdings mit einem leichten Überhang von Frauen (60 zu 40). In den meisten Fällen ist (ohne Intervention) von einem chronischen Verlauf auszugehen (vgl. Wittchen, 1988). In nosologischer Hinsicht ist auf häufigen Alkohol-Mißbrauch und eine beträchtliche Neigung zu Suizidhandlungen hinzuweisen.

### *Biographische Angaben*

Frau E. ist 32 Jahre alt. Zusammen mit ihrer jüngeren Schwester wuchs sie in einem kleinen Dorf auf; ihre Familie lebte in ärmlichen Verhältnissen und die Patientin schämte sich vor allem, weil der Vater häufig betrunken und aufgrund seines Verhaltens in der ländlichen Umgebung ein Außenseiter war. Die Mutter versuchte die beiden Kinder so weit zu umsorgen, daß diese trotz der belastenden finanziellen Situation eine solide Ausbildung machen konnten.

Frau E. absolvierte die Mittlere Reife und war in verschiedenen Betrieben als Industriekauffrau tätig; sie arbeitet seit ca. 4 Jahren in einem mittelgroßen Industriebetrieb. Diese Tätigkeit ist für sie in finanzieller Hinsicht wichtig, da sie sich bald nach der Geburt des Sohnes (derzeit 6 Jahre alt) scheiden ließ: Durch Alkohol-Exzesse ihres Mannes und verschiedentliche Gewalttätigkeiten war die Ehe für sie unerträglich geworden. Sie lebt derzeit wieder mit einem Mann zusammen, bezeichnet diese Beziehung aber ebenfalls als sehr belastend; sie hält sie aufrecht, da sie für ihren Sohn eine männliche Bezugsperson sucht und Angst hat, von ihrer Umgebung als alleinstehende Frau abqualifiziert zu werden.

## 1 Beschreibung der Störung

Frau E. kommt auf Anraten einer sehr verständnisvollen Fachärztin für Psychiatrie zur Therapie; nach einer längeren medikamentösen Behand-

lung hatte diese sich geweigert, Frau E. weiterhin Medikamente zu verschreiben. Die Patientin nimmt einen langen Anfahrtsweg zur Therapie in Kauf; ihrem Partner verheimlicht sie die Therapie, den Sohn bringt sie jeweils bei Bekannten unter.

Frau E. schildert sofort, daß die Situation in ihrem Betrieb mittlerweile unerträglich geworden sei – allerdings bleibe ihr keine Alternative, da sie Geld verdienen müsse und ein Stellenwechsel keine grundsätzliche Änderung brächte. Auch die Situation ihrer Partnerschaft werde immer belastender, ohne daß sie einen Ausweg wüßte. Besonders unangenehm sei ihr starkes Erröten in einer Vielzahl von Situationen (Telefonieren, in der Kantine, wenn sie angesprochen wird, bei Anweisungen . . .). Sie berichtet von Zittern, Schweißausbrüchen . . ., es fielen ihr die einfachsten Dinge nicht mehr ein. Erwartungsängste vor sozialen Situationen beeinträchtigten sie bis in den Schlaf hinein, sie grüble und mache sich selbst heftigste Vorwürfe; Frau E. beschreibt sich selbst als völlig unfähig, als „dummes Huhn“ und weiß nicht, wie sie mit all den verschiedenen Anforderungen fertig werden soll. Soweit möglich versucht sie soziale Situationen, z. B. Einladungen, Geburtstagsfeste, Betriebsfeiern, Kontakte außerhalb des Berufes usw. gänzlich zu vermeiden. Wenn eine Vermeidung nicht möglich ist, sei sie schon häufig mit einer banalen Ausrede aus der Situation geflüchtet, z. B. wenn sie auf einer Betriebsfeier angesprochen wurde, stark errötete usw.

Wenn man die Beschwerden der Patientin den einzelnen Ebenen zuordnet (vgl. Lang, 1985; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996), so ergibt sich folgendes Bild:

### Verhaltens-Ebene ( $\alpha$ )

Ausgedehntes **Flucht-** und vor allem **Vermeidungsverhalten** in einer Vielzahl sozialer Situationen; kein gemeinsames Essen in der Kantine; Reduktion sozialer Kontakte; Verdecken des Gesichtes mit den Händen; tiefes Neigen des Kopfes; Abwenden beim Telefonieren; Wegschauen, wenn sie angesprochen wird; Auswahl von Lokalen mit nicht zu heller Beleuchtung . . .

### Gedankliche Ebene ( $\beta$ )

Selbstabwertende **Gedanken** im Sinne von „. . . ich bin doch die Dümme von allen . . .“; Erwartung von Blamage, von Katastrophen; dauernde ge-

dankliche Beschäftigung mit für sie schwierigen sozialen Situationen; „Kreisen“ der Gedanken um ihre ausweglos scheinende Situation; fallweise Gedanken an Suizid; „... was denken die anderen von mir ...?“ ständige Angst, etwas falsch zu machen ...

### Körperlich-physiologische Ebene (γ)

Die Patientin leidet unter einer Vielzahl **körperlicher Beschwerden**, die hauptsächlich mit belastenden Situationen verknüpft sind: Übelkeit, Schlafstörungen, Würgen und Kloßgefühl im Hals, Bauchschmerzen, starkes Erröten (sie bezeichnet sich selbst als „Tomate“), rote Flecken im Gesicht und Hals, Zittern, Schwitzen usw.

Die Patientin schildert sich als von Kindheit an sehr scheu, ruhig und zurückgezogen; besonders belastend wurden ihre Beschwerden mit ca. 15 Jahren, als ihr die Situation mit dem Vater und die gesamte familiäre Problematik deutlich wurde. Die Patientin ist attraktiv, hatte aber kaum Freundschaften oder heterosexuelle Kontakte (Vermeidung), bis sie relativ unvorbereitet in die oben geschilderte problematische Ehe schlitterte. Dort wurde sie dauernd herabgesetzt, kritisiert und zum Teil auch körperlich attackiert; in ihrer derzeitigen Partnerschaft wiederholt sich dieses Muster. Die Patientin sieht aber keinen Ausweg. Besonders schlimm wurde die Situation für sie vor ca. 4 Jahren, als sie ihre neue Arbeitsstelle antrat: Bereits beim Besuch der Kantine, bei der Frühstückspause etc. errötete sie in Gegenwart ihrer Kolleginnen und Kollegen so heftig, daß sie eiligst ihr Gesicht bedeckte, flüchtete und nach ein paar weiteren problematischen Versuchen an sozialen Zusammenkünften überhaupt nicht mehr teilnahm. Sie nimmt die Schuld für ihre Probleme großteils auf sich und sieht zu Beginn der Therapie praktisch keine Möglichkeit einer Veränderung ihrer Situation.

Für die Darstellung wurde Frau E. ausgewählt, weil sie ein typisches Beispiel für eine massive Beeinträchtigung durch ihre sozialen Ängste bildet; ob es sich dabei um eine Störung mit Krankheitswert handelt, läßt sich diskutieren und hängt wohl in erster Linie vom zugrunde liegenden Krankheitskonzept ab. Frau E. hätte mit ihren Ängsten wohl noch viele Jahre ähnlich weiter gelebt, hätten nicht einige Aspekte den Weg in Richtung einer psychologischen Intervention sinnvoll erscheinen lassen:

- Frau E. wurde von der Angst um die Entwicklung ihres Sohnes geplagt: „... er soll nicht so ängstlich werden wie ich selbst ...!“
- Die Patientin besaß die attraktive Chance zu einem beruflichen und finanziellen Aufstieg im Betrieb, der ihr ohne eine therapeutische Verän-

derung zwar höchst erstrebenswert, allerdings derzeit unmöglich erschien.

- Die bis dahin behandelnde Ärztin verweigerte die langfristige Medikation und eröffnete der Patientin die Perspektive zur Psychotherapie.

## 2 Differentialdiagnostik

Bei Frau E. sind die Kriterien für eine soziale Phobie (DSM IV: 300.23, APA, 1994) erfüllt:

- Die Patientin leidet unter einer anhaltenden irrationalen Furcht vor sozialen Situationen und versucht, solche nach Möglichkeit zu vermeiden. Die Angst der Patientin bezieht sich vor allem auf Beachtung durch andere und auf mögliche und real erlebte ihrem Empfinden nach peinliche Reaktionen.
- Durch die Angst ist Frau E. einer Reihe von Beeinträchtigungen und Behinderungen unterworfen (Beruf, privat . . .); die Patientin selbst sieht deutlich, daß ihre Furcht übertrieben, der Situation nicht angemessen, irrational und pathologisch ist.
- Eine Verursachung der Beschwerden durch andere psychische Störungen (z. B. Depression) kann nach einer genauen Exploration der Beschwerden von Frau E. ausgeschlossen werden.
- Das besonders charakteristische Merkmal sozialer Phobien, die Vermeidung, muß auch bei Frau E. hervorgehoben werden. Die Vermeidung stellt eine problematische Bewältigungsstrategie für die eigenen Ängste dar. Verschiedene Vermeidungsmuster spielen gewissermaßen die Rolle von Alternativen für soziale Interaktionen (z. B. Aktivitäten, die ohne sozialen Kontakt durchgeführt werden können).

Differentialdiagnostisch sollte eine Abgrenzung gegenüber anderen phobischen Zuständen erfolgen: Frau E. leidet nicht unter einer Agoraphobie: Typische öffentliche Situationen als solche (z. B. Kaufhäuser, Menschenmengen, Busse . . .) sind für sie weitgehend unproblematisch; die Ängste von Frau E. sind auch nicht den einfachen Phobien zuzuordnen, weil sich die Phobie bei Frau E. nicht auf abgegrenzte Situationen, sondern eben auf typische soziale Aspekte (mit einem hohen Grad an Generalisierung) beziehen. Die depressive Verstimmung bei Frau E. kann als Folge, sicherlich nicht als Auslöser ihrer Ängste angesehen werden; Hinweise auf eine schizophrene Verkennung der Realität liegen ebenso wenig vor wie Merkmale einer Zwangsstörung. Eine Persönlichkeitsstörung (z. B. „Hypersensitive Persönlichkeit“) kann nach der Exploration diagnostisch ausgeschlossen

werden. Auch unter einer anderen psychischen Störung (im Sinne der Komorbidität) leidet Frau E. nicht.

Neben einem diagnostischen Interview und der Anleitung zur Selbstbeobachtung und Selbstaufzeichnung in verschiedenen Situationen sowie der Beobachtung der Patientin im Interview und bei späteren Übungen kamen folgende diagnostische Instrumente zum Einsatz:

FLG	(Fragebogen zur Lebensgeschichte)
FSS III	(Angstfragebogen)
U-FB	(Unsicherheits-Fragebogen; Ullrich deMuynck & Ullrich, 1976)
PF	(Problemfragebogen)

In den einzelnen Fragebogen erfolgte keine normorientierte Auswertung, sondern eine Analyse kritischer und therapierelevanter Items. Hier konnte das Bild einer sozialen Ängstlichkeit deutlicher und klarer präzisiert und herausgearbeitet werden.

Besonders wichtig war die Berücksichtigung unproblematischer Bereiche, von Stärken und Kompetenzen der Patientin; hier konnte vor allem auf den beruflichen Erfolg und ihre bisherige Erfahrung, auf ihre Sorge um ihren Sohn sowie auf verschiedene andere Eigenaktivitäten im Bereich der Familie, der Freizeit und des Berufes hingewiesen werden. Diese Bereiche stellten für die spätere Therapie wichtige Ansatzpunkte dar.

### 3 Erklärungsansätze

Bei der Erklärung psychischer Störungen muß ganz allgemein auf verschiedene theoretische Modelle Bezug genommen werden, welche sich in prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren unterscheiden lassen. Gemeinsam geben verschiedene Modellvorstellungen den Hintergrund sowohl für eine wissenschaftliche Erklärung (Bunge, 1967) als auch für die Vermittlung eines plausiblen Ätiologie-Modells an den Patienten ab.

Prädisponierende Faktoren sind bei Frau E. vor allem im Bereich ihrer Biographie zu finden: Die abgeschiedene, fast isolierte Kindheit der Patientin hat die Vermittlung (mangelndes elterliches Modell) und spätere Ausformung und Anwendung von sozialen und interpersonellen Fertigkeiten vermutlich behindert. Daß die Patientin in der Folge kaum ein stabiles Selbstwertgefühl entwickeln konnte, ist in diesem Zusammenhang zu sehen. Die „self-statements“ der Patientin haben sich mangels elterlichen und sozialen Feedbacks in eine selbstschädigende und selbstdestruierende

Richtung entwickelt. Hinzu kommt der pathologisierende Faktor des alkoholabhängigen Vaters, die damit verbundene finanzielle Situation sowie die Tatsache, daß sich die Patientin dafür mitverantwortlich fühlt; diese Konstellationen stellen für die Entwicklung des Selbstbildes der Patientin problematische prädisponierende Bedingungen dar.

Durch verschiedene Erlebnisse des Mißerfolgs, fallweises Erröten, Versagen etc. in beruflichen Situationen werden bestimmte Situationen zu fast automatischen Auslösern der Angstreaktionen von Frau E. – dies führt zu einer Art Hochschaukelungsprozeß, weil die Patientin an auslösende Situationen (s. o.) bereits mit der Erwartung eines Mißerfolgs herangeht. Die Entwicklung sozial ängstlichen Verhaltens und automatisierter Angstreaktionen als Folge von Erwartungen und konkreten auslösenden Situationen läßt sich an folgendem Schema verdeutlichen (Abb. 1):

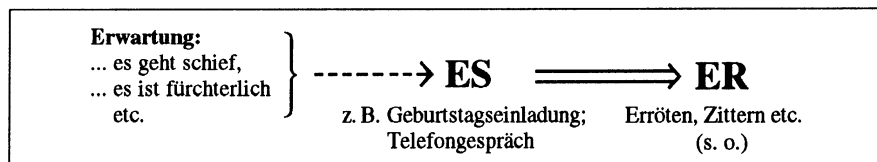


Abbildung 1: Verdeutlichung des Auslösens von automatisierten/konditionierten Angstreaktionen von Frau E. auf unterschiedlichen Ebenen

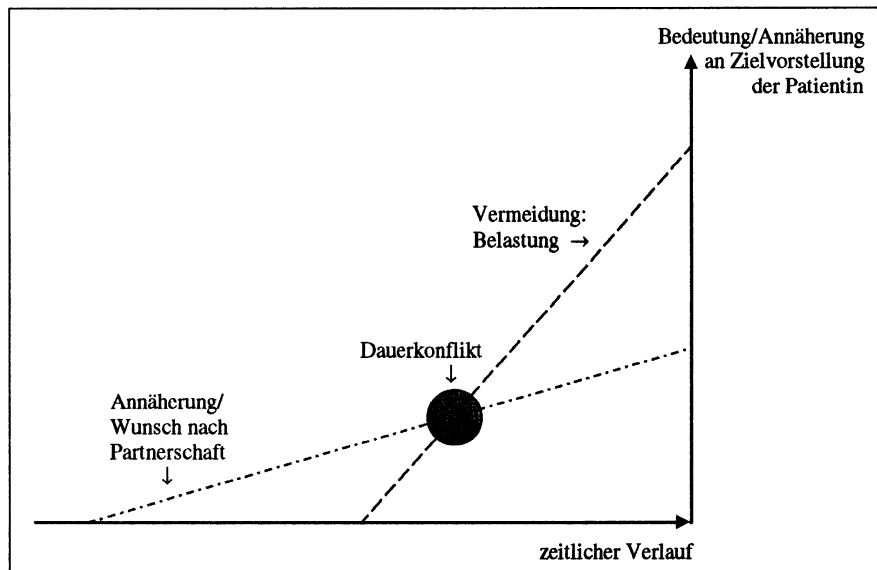


Abbildung 2: Skizze über die Konfliktsituation von Frau E.



Am Beginn sozialer Beziehungen ging Frau E. schon sehr scheu und vorsichtig vor – sie traute sich wenig zu und geriet dadurch fast zwangsläufig in eine sehr enttäuschende Partnerschaft. Hier und im beruflichen Bereich sind vor dem Hintergrund eines Konflikt-Modells (Dollard & Miller, 1950) wichtige auslösende Faktoren zu suchen: Der Konflikt zwischen dem Verbleib in der Partnerschaft und dem Entschluß zur Trennung war für Frau E. besonders dadurch belastend, daß ihr eine Partnerschaft ausgesprochen wichtig war. In einer Vereinfachung könnte man die Situation graphisch wie in Abb. 2 skizzieren.

Chronische Konflikte stellen für verschiedene Angststörungen ausgesprochen bedeutsame Belastungen dar.

Für viele Menschen sind soziale Situationen zur Zeit des Heranwachsens oder auch vor dem Hintergrund spezieller Belastungen nicht einfach zu bewältigen; in den meisten Fällen führt dies jedoch nicht zu einer sozialen Phobie – wie bei Frau E. Zur Aufrechterhaltung einer fallweisen pathologischen Entwicklung (residuale Abweichung) müssen verschiedene Bedingungen angeführt werden, denen die Funktion einer Stabilisierung der Problematik zukommt.

Bei Frau E. lassen sich folgende Faktoren dem Bereich der Aufrechterhaltung zuordnen:

- Aufgrund der Erwartung eines Mißerfolges vermeidet die Patientin soziale Situationen und beschneidet sich damit eines wichtigen Stranges realistischer Feedbacks.
- Durch die Vermeidung wird eine Löschung von Angstreaktionen und eine Ausformung sozial kompetenten Verhaltens verhindert (Rachman, 1990).
- Selbst wenn die Patientin eine Situation einigermaßen bewältigt hat (sie kann ja nicht alle Situationen vermeiden), führt dies zu keiner Umstrukturierung ihrer Erwartungen; durch die automatisierten Gedankenabläufe (Attributionen) von Frau E. wird dies als „Glück“, als „überstanden ...“ bewertet.
- Die Rolle selbstabwertender Gedanken – aufgrund ihrer Biographie und aktuellen Erfahrungen – für die Aufrechterhaltung von Störungen ist nicht hoch genug einzuschätzen. Gerade kognitive Ätiologiemodelle von Ängsten (Beck et al., 1985; Oakley & Padesky, 1990) betonen die Rolle von „Selbstgesprächen“, „negativen Schemata“ und „dysfunktionalen Kognitionen“.
- Herabsetzende Kritik durch die Umgebung (z. B. Eltern; Partner) verhindert einen Aufbau von Ansätzen selbstsicheren Verhaltens.
- Die bei der Patientin vorhandenen sozialen Fertigkeiten im sozialen,

beruflichen und interpersonalen Kontext wurden von Frau E. wegen der hohen autonomen Angst nicht geäußert.

Die Patientin selbst fühlt sich in ihre Situation verstrickt, von ihr total gefangen; sie bemerkt selbst an einer Stelle sinngemäß, daß sie ihre Ängste „... einfach vergessen ...“ sollte, da vieles dann leichter wäre. Hier formuliert sie gewissermaßen einen paradoxen Anspruch an sich selbst: gerade aufgrund der Bedeutung, die die Angstreaktionen für sie haben, ist es nicht möglich, die Ängste „einfach zu vergessen“.

Die angeführten Elemente stellen – sicher nur partielle – Erklärungsansätze für die Prädisposition, für die Entstehung und für die Aufrechterhaltung der sozialen Angst im konkreten Einzelfall dar. Wenn allgemeine theoretische Modelle für den Einzelfall geltend gemacht werden, so bedarf es jeweils gewisser Abstriche von den idealisierenden Annahmen innerhalb der allgemeinen Ätiologie-Theorien.

Es erscheint neben dem wissenschaftlichen Aspekt eines Erklärungsanspruches auch bedeutsam, der Patientin selbst ein plausibles Verständnis für die Entstehung ihrer Ängste – vor ihrem biographischen Hintergrund – zu vermitteln (vgl. Tunner, 1980). Hier spielen weitere Vereinfachungen aus Gründen der Didaktik und der Vermittlung an eine spezielle Patientin immer eine wichtige Rolle. Die plausiblen Modelle sollten die Funktion erfüllen, der Patientin ihre Problematik („... warum habe ich diese Störung ...?“) vor dem Hintergrund ihrer individuellen Biographie einordnen zu helfen. Dies ist nicht nur ein Gebot der Transparenz, sondern auch ein Schritt in Richtung therapeutischer Intervention unter der Verpflichtung zum Selbstmanagement.

## 4 Interventionsprinzipien

Bei der Behandlung sozialer Phobien bieten sich prinzipiell verschiedene therapeutische Zugänge an, nämlich

- a) die Vermittlung sozialer Skills,
- b) Strategien zum Abbau sozialer Ängste (zumeist Interventionen im Wege über die Konfrontation mit angstausslösenden Situationen), sowie
- c) kognitive Therapieansätze.

Die Auswahl eines konkreten Verfahrens und die therapeutische Umsetzung hängt von den individuellen Bedingungen der Patientin ebenso ab wie von den gemeinsam vereinbarten Therapiezielen.

Die prinzipielle Prognose bei Frau E. konnte u. a. wegen der hohen Moti-

vation und konkreten Änderungsbereitschaft als durchaus günstig beurteilt werden, obgleich die Patientin zu Beginn der Therapie auf eine Art „Wundermittel“, das ihre Beschwerden beseitigen könnte, gehofft hatte.

Da bei der Patientin die grundlegenden sozialen Fertigkeiten (Skills) vorhanden waren und sie prinzipiell wußte, in welchen sozialen Situationen welche Strategien angemessen wären, erwies sich ein Training sozialer Fertigkeiten als nicht notwendig. Bei der Patientin war insbesondere nötig, ihre Erwartungen umzustrukturieren. Ihre problematischen Erwartungen verhinderten einen zielführenden Einsatz der Skills. Dabei hätte es wenig Sinn gehabt, der Patientin ihre Vorstellungen „auszureden“ oder einfach ihre Kognitionen zu verändern (wie immer dies konkret geschehen mag). Der effektivste Weg zur Veränderung ihrer Erwartungen konnte mit Frau E. nur über das direkte Erleben belastender Situationen und ihrer schrittweisen Bewältigung – erfolgen.

Das konkrete therapeutische Vorgehen zur Bewältigung der sozialen Ängste der Patientin kann hier nur in Ansätzen geschildert werden. Frau E. zeigte sich zunächst zögerlich gegenüber einer Konfrontation mit belastenden Situationen (die sie zunächst zu differenzieren lernte). Im Wege einer gestuften Konfrontation (Rimm & Masters, 1979) machte die Patientin die Erfahrung, daß sie nicht konkrete Ergebnisse einer belastenden Situation, sondern vor allem die Antizipation dieser potentiellen Katastrophe gefürchtet hatte. In der Skizze der graduieren Konfrontation konnte dies der Patientin folgendermaßen vermittelt werden:

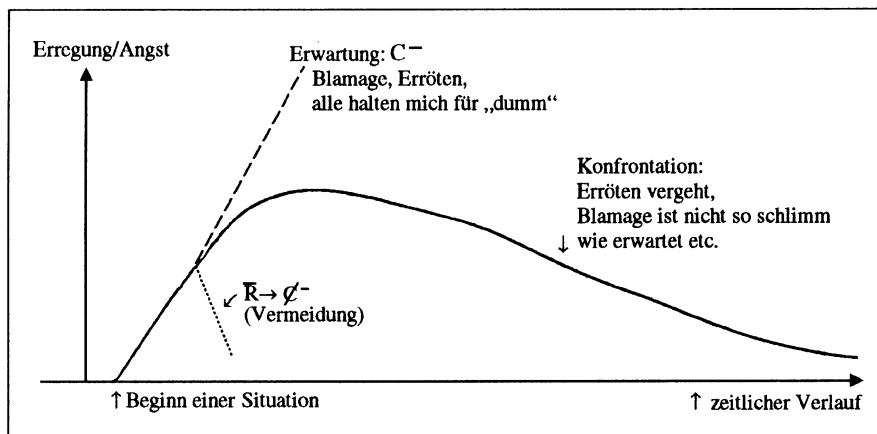


Abbildung 3: Verlauf der Angstreaktionen bei Vermeidung bzw. therapeutischer Konfrontation

Im Rahmen von 16 therapeutischen Sitzungen mit vielen Übungen in dazwischen durchgeführten Hausaufgaben lernte die Patientin eine Bewälti-

gung der meisten schwierigen Situationen, die für sie in beruflicher und privater Hinsicht bedeutsam waren (das therapeutische Vorgehen ist an anderer Stelle im Detail beschrieben, Reinecker, 1993). Die therapeutische Intervention mit Frau E. kann als kurztherapeutisches Vorgehen bezeichnet werden; Frau E. hatte gelernt, ihre Ängste nicht „wegzuschieben“, sondern sich mit ihnen auseinanderzusetzen. Diese Auseinandersetzung war für Frau E. anfangs schwierig und ungewohnt, da sie bislang immer versucht hatte, ihren Ängsten aus dem Weg zu gehen.

Eine Stabilisierung der Situation von Frau E. erfolgte in einer offenen Selbstsicherheitsgruppe, zu der ihr im Anschluß an die Therapie geraten worden war; der Austausch mit anderen Patientinnen und Patienten war sowohl für den Selbstwert von Frau E. wie auch für das Training therapeutischer Veränderungen in ihrem Lebenskontext ausgesprochen bedeutsam: Sie konnte in der Folge die angebotene Aufstiegschance in ihrer Firma wahrnehmen und war ausgesprochen zufrieden; im Follow-up (½ Jahr) berichtete sie, daß sie sich von ihrem Partner getrennt hatte, was erwartungsgemäß nicht ohne Komplikationen verlaufen war. Im Follow-up waren eher Themen wie Einschulung ihres Sohnes im Vordergrund gestanden, da ihre sozialen Ängste nur noch eine untergeordnete Rolle gespielt hatten.

## 5 Resümee

Sozial kompetentes Verhalten kann auf einem Kontinuum zwischen scheuem/zurückgezogenem Verhalten einerseits und der aggressiven Durchsetzung eigener Wünsche und Bedürfnisse andererseits angesiedelt werden (Alberti & Emmons, 1974; Rich & Schroeder, 1976). Welches Verhaltensmuster als sozial kompetent und damit als Ziel therapeutischer Bemühungen anzusehen ist und damit zum Ziel therapeutischer Bemühungen ausgewählt wird, kann allerdings nur vor dem Hintergrund normativer Überlegungen beantwortet werden. Diese normativen Aspekte hängen von kulturellen, sozialen, politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen ab und sind einem entsprechenden Wandel unterworfen (man denke etwa an die Rolle von Frauen vor 40 oder 80 Jahren und in der Gegenwart). So gesehen muß die Behandlung sozialer Phobien immer als individuelle Intervention – allerdings vor einem sozialen, beruflichen und interpersonellen Hintergrund – gesehen werden (siehe dazu auch Goldstein-Fodor & Epstein, 1983).

Die Vermittlung sozial kompetenten Verhaltens ist außerhalb des klinischen Kontexts stark verbreitet und inzwischen weitgehend popularisiert worden; bei der kritischen Betrachtung des Themas sozialer Ängste sticht

als zentrales Problem die Frage der Kriterien sozial kompetenten Verhaltens heraus: Was macht sozial kompetentes Verhalten in einer komplexen Situation genau aus? Welche Komponenten sozialen Verhaltens lassen sich vermitteln? Wie verändern sich Merkmale sozialen Verhaltens vor dem Hintergrund individueller Bedingungen und sozial-gesellschaftlicher Normvorstellungen?

Auch Fragen der theoretischen Einbettung der Erklärungsmodelle für soziale Ängste oder die Frage nach der Effektivität einer Behandlung werden in der Literatur ausführlich diskutiert (vgl. Heimberg, 1989; Heimberg et al., 1995). Zusammenfassend muß man allerdings sagen, daß die Analyse und Erklärung sozialer Phobien vor einem klinisch-psychologischen Hintergrund durchaus sinnvoll ist; ähnliches gilt für therapeutische Strategien aus dem Bereich kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionsansätze.

## Literatur

- Alberti, R.E. & Emmons, M.L. (1974). *Your perfect right: A guide to assertive behavior*. San Luis Obispo, Ca.: Impact. (dt.: *Ich behaupte mich selbst*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, 1977).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. (dt.: 1996) Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Beck, A.T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bunge, M. (1967). *Scientific research, Vol. 1, Vol. 2*. New York: Springer.
- Dollard, J. & Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw Hill.
- Goldstein-Fodor, I. & Epstein, R.C. (1983). Assertiveness training for women: Where are we failing? In E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in Behavior Therapy*. New York: J. Wiley.
- Heimberg, R.G. (1989). Cognitive and behavioral treatments for social phobia: A critical analysis. *Clinical Psychology Review*, 9, 107–128.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. & Schneier, F.R. (Eds.). (1995). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, N. J.: L. Erlbaum.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Myers, J.K., Weissmann, M.M., Tischler, G.L., Holzer, C.E., Leaf, P.A., Anthony, J.C., Boyd, J.H., Burke, L.D., Kramer, M. & Stoltzmann, R. (1984). Six month prevalence

- of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959–967.
- Oakley, M.E. & Padesky, C.A. (1990). Cognitive therapy for anxiety disorders. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification*. London: Sage Publications.
- Rachman, S.J. (1990). *Fear and courage* (2nd Ed.). New York: W.H. Freeman.
- Reinecker, H. (1993). *Phobien*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Rich, A.R. & Schroeder, H.E. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83, 1081–1096.
- Rimm, D.C. & Masters, J.C. (1979). *Behavior Therapy. Techniques and empirical findings*. New York: Academic Press.
- Tunmer, W. (1980). Die therapeutische Anwendung lerngeschichtlicher Analyse. In J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Entwicklungen der Verhaltenstherapie in der Praxis*. München: Röttger.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1976). *Das Assertiveness-Trainings-Programm ATP*. München: Pfeiffer.
- Wittchen, H.U. (1988). Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: Results of the Munich Follow-up Study (NWS). In I. Hand & H.U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias*, 2. Berlin: Springer.

## Kapitel 3

# **Panikstörung mit Agoraphobie**

Jürgen Margraf und Christiane Junkers, Dresden

## Vorbemerkung

Hauptmerkmal der Panikstörung mit Agoraphobie sind häufige Angst bzw. Panikanfälle oder die dauerhafte Sorge über die Bedeutung oder das erneute Auftreten solcher Anfälle. Angstanfälle sind plötzlich auftretende Zustände intensiver Furcht oder großen Unbehagens mit einer Vielzahl körperlicher und psychischer Symptome und dem Gefühl drohender Gefahr. Sie dauern im Durchschnitt etwa 30 Minuten, können aber auch erheblich kürzer sein. Typisches Merkmal ist die „Angst vor der Angst“ bzw. vor den befürchteten katastrophalen Konsequenzen der Angstsymptome. Viele Angstanfälle treten „spontan“ bzw. unerwartet auf, d. h. sie entstehen ohne für den Patienten erkennliche Ursache und sind nicht regelmäßig an bestimmte Situationen gebunden. In der Folge kommt es häufig zu Vermeidungsverhalten: Die Patienten schränken ihren Lebensstil ein, sie gehen nicht mehr an Orte, wo sie Angstanfälle befürchten oder wo die Konsequenzen im Falle eines Angstanfalles besonders unangenehm wären (z. B. Autofahren, Kaufhäuser, Supermärkte, Fahrstühle, Menschenmengen, allein das Haus verlassen). Manchmal können die gefürchteten Situationen unter extremer Angst ertragen werden.

In großen epidemiologischen Studien konnte eine Lebenszeit-Prävalenz für die Panikstörung zwischen 2,1 % und 2,4 % gefunden werden. Für die Agoraphobie mit oder ohne Panikanfälle liegt die Lebenszeit-Prävalenz zwischen 4,8 % und 5,7 % (Wittchen, 1988). Frauen sind von Angstanfällen und Agoraphobien etwa 2–3 Mal häufiger betroffen als Männer. Im Unterschied zu den meisten anderen Phobien, die häufig bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen, setzen Agoraphobien und Angstanfälle meist im frühen Erwachsenenalter zwischen 20 und 30 Jahren ein. Der unbehandelte Verlauf der Störungen ist langfristig ungünstig. Wenn die

Störung eine Dauer von einem Jahr überschritten hat, sind Spontanremissionen äußerst selten (ca. 10 %).

Die folgende Fallbeschreibung kann als typisch für das Beschwerdebild der Panikstörung mit Agoraphobie angesehen werden. Es handelt sich bei diesem Fall um eine besonders stark ausgeprägte Agoraphobie, bei der im Laufe der Zeit die Angstanfälle in den Hintergrund traten.

### *Biographische Angaben*

Frau F. war zum Zeitpunkt des Therapiebeginns 50 Jahre alt. Sie wuchs als Einzelkind in einem fürsorglichen Elternhaus auf. Die Mutter wird von der Patientin als kränklich und sich viele Sorgen um die Gesundheit machend beschrieben. Schon früh hatte ihr die Mutter vermittelt, auf körperliche Veränderungen zu achten und bei den kleinsten Anzeichen einer möglichen Krankheit sofort einen Arzt aufzusuchen. Der Vater war im Alter von 58 Jahren an einem Herzinfarkt gestorben, was für die Mutter und die Patientin ein großer Schock gewesen war.

Frau F. ist verheiratet und hat eine erwachsene Tochter. Mit ihrem Mann und der Tochter verbrachte sie vier Jahre im Ausland. Wieder zurück in Deutschland lebte sie in einer amerikanischen Wohnsiedlung und hatte seitdem fast nur Kontakte zu amerikanischen Freunden. Ihren Mann beschrieb sie als dominierend, aber gleichzeitig auch als verständnisvoll gegenüber ihren Ängsten. Mit ihrer Tochter hatte sie ein gutes und freundschaftliches Verhältnis. Die Tochter studierte am Wohnort, einer kleinen Universitätsstadt, und lebte in der elterlichen Wohnung.

## 1 Beschreibung der Störung

Beim Erstgespräch berichtete Frau F., an starken Ängsten zu leiden, die sie seit mehreren Jahren mit Lexotanil zu bewältigen versuchte. Die Ängste traten insbesondere dann auf, wenn sie ihre Wohnung verlassen sollte oder alleine zuhause war. Sie hatte eine ausgeprägte Angst, plötzlich umzufallen und zu sterben. Während der Ängste nahm sie starkes Herzklopfen, Schwindel, Benommenheit, heftiges Zittern, Schweißausbrüche und Gefühle der Unwirklichkeit wahr.

Über fünf Jahre vermied Frau F. möglichst alle öffentlichen Orte wie etwa Kaufhäuser, Supermärkte, Einkaufsstraßen, öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Zug, Flugzeug) und ging nur noch in Begleitung ihrer Tochter oder



ihres Mannes außer Haus. Richtig sicher fühlte sie sich erst in ihren eigenen vier Wänden, in der Nähe ihres Telefons, denn von dort konnte sie jederzeit ihren Arzt anrufen. Doch selbst hier überkamen sie manchmal anfallsweise starke Ängste, bei denen sie fürchtete zu sterben.

Sie berichtete, daß ihr Mann durch ihre Krankheit stark beansprucht wurde, da er ca. zweimal pro Woche seine Arbeitsstelle verlassen mußte, um sich um sie zu kümmern. Diese Situation belastete ihre Ehe von Zeit zu Zeit, obschon ihr Mann noch immer viel Verständnis für Frau F. aufbrachte.

Frau F. hatte mehrere fehlgeschlagene Therapieversuche hinter sich, u. a. eine zweijährige psychoanalytische Gruppentherapie, eine einjährige Gesprächspsychotherapie und verschiedene medikamentöse Behandlungen. Wegen der Angstsymptomatik war Frau F. vor drei Jahren vorzeitig befristet berentet worden, nachdem sie davor bereits über ein Jahr krankgeschrieben gewesen war. Seit ihrer Berentung machte sich die Tochter große Sorgen um ihre Mutter und fing auch selbst an, Ängste in Kaufhäusern und öffentlichen Verkehrsmitteln zu zeigen. Frau F. schilderte, daß dies für sie ein Alarmzeichen war, und sie daraufhin noch einmal einen letzten Therapieversuch starten wollte. Nachdem sie in einer Zeitschrift über Möglichkeiten einer gezielten Angstbehandlung gelesen hatte, meldete sie sich in unserer Einrichtung.

In verhaltensanalytischen Termini ausgedrückt wird die Angstsymptomatik bei Frau F. in erster Linie ausgelöst, wenn sie sich von der häuslichen, sicheren Umgebung entfernt, aber auch durch Kognitionen wie „Was wäre, wenn die Symptome plötzlich aufträten?“ oder „Es ist kein Arzt in erreichbarer Nähe!“. Auf diese Auslöser folgen auf physiologischer Ebene Palpitationen, Dyspnoe, starker Schwindel, Kribbeln in Händen und Beinen. Auf kognitiver Ebene tritt auf dem Höhepunkt der Angst die Furcht, einen Herzinfarkt zu erleiden und zu sterben, auf. Auf emotionaler Ebene empfindet die Patientin massive Angst. Auf der Verhaltensebene reagiert sie mit Fluchtverhalten bzw. hat sie im Laufe der Zeit ausgeprägtes Vermeidungsverhalten entwickelt, so daß die Angst erst gar nicht auftritt. Daneben verfügt die Patientin über eine Reihe von Sicherheitssignalen wie z. B. Lexotanil mit sich zu führen oder die Nähe eines Telefons zu suchen, was ihr das Gefühl von Kontrollmöglichkeiten und Sicherheit in potentiell angstausslösenden Situationen vermittelt.

Als auslösende Situation für ihre Ängste schilderte die Patientin folgendes Erlebnis: Eines Tages sei sie von ihrer Arbeit mit dem Auto nach Hause gefahren. Während dieser Fahrt hatte sie das Gefühl, verfolgt zu werden. Zuhause angekommen erzählte sie ihrem Mann von diesem Erlebnis, und ihr wurde dabei plötzlich ganz heiß, ihr Herz fing an zu klopfen und sie bekam starke Todesangst. Erst, nachdem ihr Mann einen Arzt angerufen

hatte und sie mit einem Notarzwagen zur nächsten Klinik gebracht worden war, beruhigte sie sich wieder. Interessanterweise brachte die Patientin ihre Angst nicht in Verbindung mit dem berichteten Erlebnis. Monate später erfuhr sie, daß der vermeintliche Verfolger der Mann ihrer Freundin war, der sie grüßen wollte. Ein paar Tage nach dem „Verfolgungserlebnis“ erlitt sie auf einer Autofahrt in die Stadt erneut die gleichen Symptome. Sie fuhr mit dem Auto an den Straßenrand und bat ihre Freundin, die mit ihr fuhr, weiterzufahren und sie so schnell wie möglich zu einem Arzt zu bringen. Da sie in der Nähe einer Polizeistation waren, fuhr ihre Freundin sie dorthin. Dort rief man einen Notarzwagen, und die Patientin wurde ins nächste Krankenhaus geliefert. Schon in dem Moment, als sich ein Arzt ihr näherte, ließen die körperlichen Symptome der Patientin nach und noch bevor sie eine Spritze zur Beruhigung erhalten hatte, fühlte sie sich besser. Der Arzt veranlaßte eine internistische Untersuchung, die aber keine Hinweise auf eine organische Erkrankung ergab. In den nächsten Wochen traten die Ängste bei der Patientin immer öfter auf, so daß sie bald in der ständigen Angst vor ihnen lebte und nach und nach immer mehr Orte vermied.

Neben den Ängsten traten bei Frau F. seit ihrer Berufsunfähigkeit starke Schlafstörungen auf. Sie schlief keine Nacht mehr durch und hatte wenig Appetit. Ihre frühere optimistische Lebenseinstellung war fast völlig verschwunden. Sie mußte sich jeden Morgen überwinden aufzustehen, fühlte sich erschöpft und energielos und konnte ihren Haushalt nur mit größtem Kraftaufwand erledigen.

Therapeutische Interventionen waren bei Frau F. dringend angezeigt, da die Angstsymptomatik sich so stark ausgeprägt hatte, daß sie ihrer Arbeit nicht mehr nachgehen konnte und sie auch im familiären sowie Freizeitbereich von den Ängsten massiv beeinträchtigt wurde. Die depressiven Verstimmungen der Patientin trugen zu einer weiteren Verschlechterung ihres psychischen Zustandes bei, so daß ein erhöhtes Suizidrisiko bestand.

## 2 Differentialdiagnostik

Mit Hilfe eines strukturierten Interviews, dem „Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen“ (DIPS, Margraf, Schneider & Ehlers, 1994), ergab sich folgender psychopathologischer Befund: Hauptmerkmal der von der Patientin geschilderten Beschwerden sind die immer wiederkehrenden Angst- bzw. Panikanfälle, bei denen Frau F eine Vielzahl körperlicher (Herzklopfen, Schwindel, Zittern etc.) und psychischer (Derealisation) Symptome erlebt. Diese Symptome lösten bei der Patientin typischerweise starke Furcht vor einer drohenden körperlichen Katastrophe (Angst,

zu sterben) aus. Die Anfälle traten zu Anfang, später allerdings nur noch teilweise, plötzlich und unerwartet auf, d. h. für Frau F. nicht an Auslöser wie etwa bestimmte Situationen oder Personen gebunden. Angstanfälle sind das charakteristische Merkmal einer Panikstörung. Eine generalisierte Angststörung, bei der ein chronisch erhöhtes Angst- und Anspannungsniveau vorherrscht, konnte bei der Patientin ausgeschlossen werden, da sie die für eine Panikstörung klar abgrenzbaren Episoden starker Angst oder Unwohlseins als im Vordergrund stehend beschrieb. Nachdem mehrere spontane Angstanfälle aufgetreten waren, begann die Patientin Orte, an denen Angstanfälle aufgetreten waren, zu vermeiden. Mit der Zeit entwickelte sie so neben der Panikstörung eine ausgeprägte Agoraphobie, bei der die Patientin das Haus nur noch ganz selten verließ. Infolge des Vermeidungsverhaltens traten die Angstanfälle kaum noch auf, doch ganz verhindern konnte sie die Patientin nicht. Auf dem Höhepunkt der Agoraphobie verließ die Patientin nur noch selten das Haus und entwickelte ein zusätzliches Dysthymes Syndrom mit Schlafstörungen, Energielosigkeit, Appetitstörungen, das bei Beginn der Therapie schon über drei Jahre bestand. Die depressiven Symptome waren jedoch nicht massiv genug, um die Kriterien einer schweren depressiven Störung zu erfüllen.

Die Ergebnisse einer klinischen Fragebogenbatterie stimmten mit den Angaben in dem diagnostischen Interview überein. Im Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (Ehlers, Margraf & Chambless, 1993) wies die Patientin hohe Werte auf (Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen: 2,3, Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen: 3,9, Mobilitätsinventar: 3,4 auf der „Allein“-Skala und 2,9 auf der Skala „in Begleitung“). Im Beck-Depressionsinventar zeigte sich mit einem Wert von 28,5 eine deutliche Depression. Im Fragebogen zur Belastung und Einschränkung infolge des Angstproblems gab die Patientin an, sich in den Bereichen Arbeit und Freizeit sehr massiv beeinträchtigt zu fühlen. Im familiären Bereich gab sie an, sich mäßig beeinträchtigt zu fühlen.

Für die weitere Differentialdiagnose mußte geklärt werden, daß die Anfälle nicht durch organische Erkrankungen verursacht wurden, wie etwa Hypoglykämie, Phäochromocytome etc. Diese Erkrankungen können ähnliche Symptome hervorrufen wie die eines Angstanfalls. Hierzu wurde die Patientin an einen kooperierenden Arzt überwiesen, der mit der somatischen Differentialdiagnose der Panikstörung vertraut war. Ausführliche frühere medizinische Untersuchungen (kardiologische, neurologische, HNO-Diagnostik) hatten keine Hinweise auf organische Ursachen der Beschwerden ergeben, und auch die erneute medizinische Untersuchung ergab, daß die Patientin organisch völlig gesund und lediglich in einem schlechten Trainingszustand war, der durch das starke Schonverhalten infolge der Angsterkrankung erklärt werden konnte.

Da etwa die Hälfte der Patienten mit einer Panikstörung mit Agoraphobie während ihrer Angstanfälle hyperventilieren und sich auch bei Frau F. aus der Exploration Hinweise auf Hyperventilation ergeben hatten, wurde als weitere diagnostische Maßnahme ein Hyperventilationstest durchgeführt. Bei einer positiven Reaktion auf Hyperventilation ergeben sich spezifische Interventionen für den weiteren Therapieverlauf. Die Patientin wurde während des Hyperventilierens sehr ängstlich (Wert von 8 auf einer Skala von 0–10) und bekam massive körperliche Symptome. Sie empfand die Hyperventilation als den typischen Angstanfällen sehr ähnlich (Wert von 7 auf einer Skala von 0–10). Für die weitere Therapieplanung sollte dieser positive Befund berücksichtigt werden.

*Diagnose nach dem DSM-IV:*

- *Primärdiagnose:* Panikstörung mit Agoraphobie (300.21, ICD-10: F 40.01)
- *Zusatzdiagnose:* Dysthyme Störung (300.40, ICD-10: F 34.1)

### 3 Erklärungsansätze

Als prädisponierende Faktoren für die Entwicklung einer Panikstörung können bei Frau F. die von der Mutter erlernten Gesundheitssorgen und die daraus resultierenden übertriebenen Aufmerksamkeitsprozesse gegenüber körperlichen Symptomen betrachtet werden. Hinzu kam die Erfahrung, daß der Vater unerwartet früh an einem Herzinfarkt gestorben war.

Auslösend für die Angstproblematik der Patientin war offensichtlich das Erlebnis des ersten Angstanfalls, der infolge einer Streßsituation (s. o., Angst vor Verfolgung) eingetreten und als lebensbedrohlich interpretiert worden war.

Aufrechterhaltende Faktoren für das Störungsbild bestehen im wesentlichen aus Lernprozessen wie Konditionierung (nachdem der erste Angstanfall auf eine Streßsituation im Auto erfolgt war, trat nach einigen Tagen ein weiterer Anfall im Auto auf) und Generalisierung (mit der Zeit entwickelte Frau F. zunehmend in allen Situationen Angst, die den Aspekt „Hilfe ist nicht in erreichbarer Nähe“ gemeinsam hatten).

Das Zusammenspiel der physiologischen, kognitiven und emotionalen Reaktionen während eines Angstanfalls läßt sich mit Hilfe eines Teufelskreises oder Aufschaukelungsprozesses sehr gut erklären (vgl. Ehlers & Mar-

graf, 1998). Während eines Angstanfalls kommt es bei der Patientin zu einer positiven Rückkoppelung zwischen der Wahrnehmung körperlicher Symptome, deren Bewertung als gefährlich und der daraus resultierenden Angstreaktion. Auf einen konkreten Angstanfall der Patientin bezogen bedeutet das: Sie nimmt ein Herzustolpern wahr, sie denkt sich „Oh Gott, was ist mit meinem Herzen los?“. Dieser Gedanke macht ihr Angst, was automatisch physiologische Veränderungen wie etwa erhöhte Adrenalinausschüttung hervorruft. An dieser Stelle fängt die Patientin in der Regel zusätzlich an, zu hyperventilieren, was ebenfalls physiologische Veränderungen und wiederum weitere körperliche Symptome bewirkt. Das Herzklopfen der Patientin verstärkt sich, ihr wird zusätzlich schwindlig etc. Die Verstärkung der Symptome nimmt die Patientin ebenfalls wahr, und denkt jetzt erst recht, daß gleich eine körperliche Katastrophe eintreten wird (sie womöglich einen Herzinfarkt erleidet). Diese Kognitionen machen der Patientin noch mehr Angst, es kommt zur weiteren körperlichen Erregung mit noch mehr Symptomen etc. Der Aufschaukelungsprozeß wird von der Patientin nun in der Regel durch verschiedene Vermeidungsmaßnahmen unterbrochen: Besuch eines Arztes, Fluchtverhalten, Einnahme eines Medikamentes.

Langfristig verstärkt und aufrechterhalten wird die Angst durch das hilfeschuchende und das Vermeidungsverhalten, das die Patientin kurz nach dem ersten Angstanfall entwickelte. Die Patientin lernte hier rasch, daß ihre Angst sich nur dann reduziert, wenn sie (a) hilfeschuchendes Verhalten zeigt (z. B. einen Arzt aufsuchen, Medikament einnehmen) oder (b) die angstauslösende Situation ganz schnell verläßt. Eine weitere Folge dieser Bewältigungsversuche der Patientin ist es, mit der Zeit erst gar nicht mehr Orte aufzusuchen, an denen die erhöhte Wahrscheinlichkeit eines weiteren Angstanfalls besteht. Das bedeutet, daß die Patientin öffentliche Orte meidet und sich nur noch an sicheren Orten aufhält (zu Hause in der Nähe des Telefons). Hierzu gehört auch, daß die Patientin über die Einsatzzeiten der Notarztdienste immer genau Bescheid weiß und ständig Telefongroschen mit sich trägt, um im Falle eines Angstanfalls schnell einen Arzt rufen zu können. Weitere „verdeckte“ Vermeidungsstrategien sind die sogenannten „Sicherheitssignale“, die die Patientin mit der Zeit entwickelte. So trägt sie ständig Benzodiazepine mit sich, die sie im Notfall einnehmen kann. Diese Vermeidungsstrategien (hilfeschuchendes Verhalten, Flucht, Sicherheitssignale) sind entscheidend für die Stabilisierung der Angstsymptomatik bei der Patientin und tragen zu einer schnellen Generalisierung auf vielfältige Situationen bei.

## 4 Interventionsprinzip

### Therapieplan

Aufgrund der in der diagnostischen Phase gewonnenen Informationen ergab sich folgender Therapieplan: Als erstes Therapieziel wurde mit der Patientin gemeinsam die Reduktion der Angstsymptomatik und das Absetzen der Medikamente beschlossen. Das Absetzen der Medikamente geschah in Absprache mit dem kooperierenden Arzt. Da der Schweregrad der depressiven Symptomatik weniger belastend und als Folgeerscheinung der Angstsymptomatik zu verstehen war, wurde die Behandlung der Dysthymen Störung lediglich als zweites Therapieziel formuliert, das ggf. im Anschluß an die Angstbehandlung angegangen werden sollte.

Der Patientin wurde zur Behandlung ihrer Agoraphobie eine massierte Konfrontationsbehandlung in vivo vorgeschlagen, da sich diese Art der Behandlung als die effektivste und langfristig stabilste Behandlungsform für Agoraphobien erwiesen hat (vgl. hierzu Ehlers & Margraf, 1998; Fiegenbaum, 1990). Weiterhin sollte im Anschluß an die Konfrontationsbehandlung eine spezifische kognitive Therapie zur Behandlung der spontanen Angstanfälle durchgeführt werden. Dies erschien als notwendig, da die Patientin neben dem ausgeprägten Vermeidungsverhalten auch an spontanen Angstanfällen litt. Die kognitive Therapie von spontanen Angstanfällen kann zudem als Maßnahme zur Rückfallprophylaxe betrachtet werden. In der Literatur wird immer wieder berichtet, daß spontane Angstanfälle häufige Auslöser für Rückfälle von Agoraphobikern sind.

Zur Vorbereitung der Therapie wurde die Patientin gebeten, ein Angstanfalls-Tagebuch und ein Aktivitäts-Tagebuch (Margraf & Schneider, 1990) zu führen. In dem Angstanfalls-Tagebuch sollte die Patientin direkt im Anschluß an einen Angstanfall die wichtigsten Merkmale (Auslöser, Angstintensität, Gedanken etc.) notieren. Im Aktivitätstagebuch sollte sie alle Aktivitäten außer Haus protokollieren. Die Tagebücher dienen der detaillierten Selbstbeobachtung der Angst und der Erfolgskontrolle im Therapieverlauf.

### Kognitive Vorbereitung

Im Rahmen einer kognitiven Vorbereitungsphase wurden gemeinsam mit der Patientin prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Fakto-

ren für ihre Angstsymptomatik zusammengetragen und besprochen. Das Erklärungsmodell trägt entscheidend zur Akzeptanz und Wirksamkeit therapeutischer Interventionen bei. Wichtig hierbei war es auch, die eigenen Erklärungsversuche der Patientin (z. B. der frühe Tod des Vaters, die kränkelnde Mutter) in das Genesemodell zu integrieren. Als weiterer Schritt wurden mit der Patientin gemeinsam die aufrechterhaltenden Faktoren der Angstsymptomatik besprochen. Dem Verständnis dieses Modells, das auf der Zwei-Faktoren-Theorie Mowrers (1960) aufbaut, wird in der Konfrontationsbehandlung eine wichtige Bedeutung beigemessen. Die kognitive Vorbereitung wird als entscheidender Schritt für die erfolgreiche Durchführung der Konfrontationsbehandlung angesehen. Aus der Erklärung der aufrechterhaltenden Bedingungen läßt sich dann folgerichtig das notwendige therapeutische Vorgehen ableiten.

Frau F. wurde zunächst gebeten, auf einem Koordinatensystem mit der vertikalen Achse „Angstintensität“ (0–100) und der horizontal verlaufenden Achse „Zeit“ (Min./Std.) den Angstverlauf bei ihrer ersten Flucht aus einer agoraphobischen Situation einzuzeichnen. Daran anschließend wurde sie gebeten, den Angstverlauf beim zweiten Kontakt mit dieser Situation einzuzeichnen. Frau F. beschrieb hier, daß sie allein schon bei dem Gedanken an die Situation Angst empfand und nach ganz kurzer Zeit mit dem Auto wieder nach Hause fuhr. Frau F. wurde erläutert, daß ihre Reaktion, bei Angst die gefürchtete Situation zu verlassen, sehr verständlich sei und kurzfristig für sie eine Erleichterung bedeute. Langfristig bewirke ein solches Verhalten allerdings, daß ihre Angstreaktion verstärkt und stabilisiert wird (negative Verstärkung), da sie nämlich lerne, daß nur durch Flucht oder durch Vermeidung die Angst bewältigt werden könne. Mit der Zeit führe dieses Verhalten zu immer größer werdenden Einschränkungen ihres Lebensraumes, was sie ja auch deutlich erfahren habe. In der schlimmsten Phase ihrer Angstsymptomatik habe dies dazu geführt, daß sie nur noch ganz selten das Haus verließ und wenn, so nur in Begleitung.

Anhand eines Gedankenexperiments wurde die Patientin aufgefordert sich vorzustellen, welchen Verlauf ihre Angst nehmen würde, wenn sie keine Möglichkeit hätte, aus der von ihr gefürchteten Situation zu flüchten. Erst nach langem Überlegen konnte sie sich vorstellen, daß die Angst möglicherweise auch von alleine wieder weggehen könnte, ohne daß sie irgend etwas dazu tun müßte. Frau F. wurde die Erkenntnis bestätigt und sie erhielt ergänzend hierzu die Information, daß Gegenregulationsprozesse des Körpers nach Erschöpfung der Stresshormone das Angstniveau automatisch herabsetzen. Frau F. wurde nun darauf hingewiesen, daß sie im Rahmen der Therapie diese zentrale Erfahrung mehrmals machen müsse, indem sie alle Situationen, die sie bislang gemieden hat, aufsuche und erst nach einem Angstabfall wieder verlasse. Nach ausführlicher Diskussion

aller ihrer Zweifel fand Frau F. das ihr angebotene Erklärungsmodell und den daraus resultierenden Behandlungsvorschlag plausibel und zeigte sich bereit, trotz starker Angst die Konfrontationsbehandlung zu beginnen. Dennoch erhielt sie einige Tage Bedenkzeit, um der Gefahr eines Therapieabbruchs infolge mangelnder Therapiemotivation vorzubeugen.

## Konfrontationsbehandlung

Frau F. wurde an den ersten Tagen der Behandlung massiv mit stark angstauslösenden Situationen konfrontiert. Hierzu gehörte u. a. das Autofahren in starkem Verkehr, der Aufenthalt in Waschanlagen, lange Einkäufe in überfüllten Supermärkten, Kinobesuche und das Besteigen von Türmen. Es wurde jeweils dafür gesorgt, daß die Situationen erst nach einem Angstabfall, d. h. nach der Habituation verlassen wurden. Im Verlauf der Übungen sank das Angstniveau bei der Patientin zunehmend.

Die Übungen und die eingetretenen Habituationsprozesse wurden zwischendurch mit Frau F. besprochen, und sie wurde immer wieder dazu angehalten, sich selbst für die Fortschritte in der Therapie zu verstärken.

Am Ende einer Woche konnte keine der Übungen mehr bei der Patientin starke Angst auslösen. Das Erlebnis des Angstabfalls ohne daß die Situation verlassen wurde, hatte eine entscheidende Lernerfahrung hinsichtlich der Angstbewältigung hinterlassen, die schnell generalisiert wurde. In den folgenden Tagen führte Frau F. ein ähnliches Konfrontationsprogramm immer wieder allein und selbständig durch, so daß sich die positiven Erfahrungen verfestigen konnten. Frau F. bewies hierbei eine hohe Motivation und berichtete anschließend, daß selbst verstärkte Bemühungen, Angst in den kritischen Situationen zu provozieren, keinen Angstanfall mehr auslösen konnten.

Frau F. wurde dazu ermutigt, weiterhin potentiell angstausslösende Situationen aufzusuchen und, falls einmal wieder ein Angstanstieg eintreten sollte, auf jeden Fall in der Situation zu bleiben, bis die Angst abgefallen sei und sodann die Übung zu wiederholen.

## Behandlung der spontanen Anfälle

Da die Patientin neben dem starken Vermeidungsverhalten auch von spontanen, nicht zwangsläufig an Situationen gebundenen Angstanfällen berichtete, wurde im zweiten Abschnitt der Therapie die gezielte Behandlung



der spontanen Angstanfälle fokussiert. Gleichzeitig sollte dieser Teil der Behandlung als Rückfallprophylaxe dienen, da wie oben schon erläutert die meisten Rückfälle bei Agoraphobikern durch spontane Angstanfälle zustande kommen.

Die Behandlung der spontanen Anfälle bestand vorwiegend aus kognitiver Arbeit. Mithilfe des „geleiteten Entdeckens“ erfaßte Frau F. problemlos die Bedeutung des oben dargestellten Teufelskreises der Angst und konnte den Aufschaukelungsprozeß der Angst infolge fehlangepaßter Kognitionen gut nachvollziehen. Auch die in vielen Fällen bedeutende Rolle der Hyperventilation bei der Symptomverschlimmerung während eines Angstanfalls wurde der Patientin anhand der ablaufenden physiologischen Prozesse eingehend erläutert.

Weiterhin wurden sehr detailliert alle Befürchtungen, die für Frau F. im Zusammenhang mit den Angstanfällen standen (z. B. „Mir droht der Herzinfarkt“) zusammengetragen und bearbeitet. Hierzu wurden alle Argumente, die für die Richtigkeit der Befürchtungen sprachen und alle, die dagegen sprachen gesammelt und wiederholt diskutiert. Zusätzlich wurden mit Hilfe von „Verhaltensexperimenten“ wie Hyperventilation, Übungen zur körperlichen Belastung (Fahrradergometer fahren), erhöhter Koffeinkonsum gezielt die gefürchteten Symptome der Patientin provoziert, damit die Patientin überprüfen konnte, ob ihre Befürchtungen eintraten. Nach weiteren fünf Sitzungen konnte dieser Teil der Therapie erfolgreich beendet werden.

Eine weitere diagnostische Phase, in der insbesondere die Depressivität der Patientin exploriert werden sollte, ergab keine Hinweise auf weitere notwendige therapeutische Maßnahmen. Die Depression der Patientin war remittiert. Des weiteren zeigte sich hinsichtlich der Angststörung, daß alle zuvor auffälligen Maße der o. g. Fragebogenbatterie nach der Therapie im Normalbereich lagen.

## Rückfallprophylaxe

Zum Abschluß der Therapie wurde die Patientin noch einmal darauf hingewiesen, auch in den nächsten Wochen so häufig wie möglich potentiell angstausslösende Situationen aufzusuchen, damit sich ihre Lernerfahrungen noch weiter verfestigten. Weiterhin wurden alle in der Therapie bearbeiteten Fehlinterpretationen der Patientin erneut angesprochen, um zu prüfen, ob neue Zweifel an den Alternativerklärungen aufgetaucht waren. Es ergaben sich aber hier keine Hinweise, die eine weitere Behandlung notwendig gemacht hätten. Die Patientin wurde in der vorletzten Stunde

gebeten, zuhause all das aufzuschreiben, was für sie in der Therapie besonders wichtig war und was sie in der Therapie gelernt habe. Diese Aufgabe hatte zum Ziel, noch einmal zu überprüfen, ob die Patientin die zentralen Punkte der Therapie verinnerlicht hatte und sollte erneut eine Auseinandersetzung mit Themen der Therapie fördern.

In der letzten Sitzung wurde die Patientin darauf vorbereitet, daß es auch wieder Phasen geben könnte, in denen sie, vielleicht bedingt durch erhöhten Streß, mehr Angst empfinden könnte und es möglicherweise wieder zu einem Angstanfall kommen könnte. Dies sei aber keine Katastrophe. Wichtig sei dann, die gelernten Fertigkeiten aus der Therapie erneut anzuwenden und sich zum einen systematisch zu konfrontieren und zum anderen zu überprüfen, welche neuen Befürchtungen aufgetreten seien.

### Ein-Jahres- und Vier-Jahres-Katamnese

Die deutliche Verbesserung in den Fragebogenmaßen waren über die folgenden Katamnesezeitpunkte ein Jahr und vier Jahre nach Therapie stabil geblieben. Darüber hinaus berichtete Frau E, sie sei in dieser Zeit insgesamt selbstbewußter geworden und arbeite erneut. Für den Fall, daß wieder einmal ein Angstanfall auftreten werde, fühlte sie sich durchaus in der Lage, anhand der neugewonnenen Fertigkeiten damit umzugehen. Prognostisch ist der Therapieerfolg als stabil zu betrachten. Dies ist insbesondere aus der Tatsache ersichtlich, daß die Patientin die zentralen Punkte der Therapie im katamnestischen Gespräch noch einmal zusammenfaßte und die erzielten therapeutischen Erfolge vom Therapieende bis zum Katamnesezeitpunkt stabil blieben.

## 5 Resümee

Der Erfolg der oben beschriebenen Therapie ist in erster Linie auf die Wahl der Therapieinterventionen „massierte Konfrontation plus kognitive Behandlung der Angstanfälle“ zurückzuführen. Als günstig hat sich auch die Reihenfolge, in der die beiden Behandlungskomponenten angewandt wurden, erwiesen. Da starkes Vermeidungsverhalten im Vordergrund stand und die stärkste Belastung für die Patientin bedeutete, war eine massierte Konfrontationsbehandlung günstig, um (a) die Angstsymptomatik so schnell wie möglich abzubauen und (b) die Depressivität der Patientin, die als Folge der Angst zu sehen war, zu lindern. Die darauf folgende kognitive Behandlung konnte in idealer Weise auf Erfahrungen aus dem Konfronta-

tionstraining zurückgreifen, die für die Reattribution der Fehlinterpretationen sinnvoll genutzt werden konnten. Gleichzeitig bedeutete die kognitive Therapie eine Rückfallprophylaxe für den Fall erneuter Angstanfälle.

Die Depressivität der Patientin mußte nicht gesondert behandelt werden, da sie stark durch die Angst modifiziert wurde und nach entsprechender erfolgreicher Angstbehandlung verschwunden war. Weiterhin generalisierten die erzielten Fortschritte der Patientin auf weitere Bereiche, so daß sie insgesamt selbstbewußter und konfrontativer mit schwierigen Situationen umging.

## Literatur

- Ehlers, A. & Margraf, J. (1998). Agoraphobien und Angstanfälle. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (1993). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Fiegenbaum, W. (1990). Langzeiteffektivität von nicht graduierter versus graduierter massierter Konfrontation bei Agoraphobikern. In W. Fiegenbaum & J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Angststörungen: Diagnose und Therapie*. München: Gerhard Röttger Verlag.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1990). *Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S., Ehlers, A. (1994). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.
- Wittchen, H.-U. (1988). Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: Results of the Munich follow-up study (MFS). In I. Hand & H.-U. Wittchen (Eds.), *Panic and Phobias 2* (pp. 3–17). Berlin: Springer.

## Kapitel 4

# Posttraumatische Belastungsstörung

Regina Steil, Jena

## Einführung

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) ist eine gravierende psychische Störung, die nach besonders belastenden Erlebnissen wie z. B. Unfällen, Naturkatastrophen oder dem Erleben sexueller oder nichtsexueller Gewalt auftreten kann. Die auslösenden traumatischen Ereignisse sind dadurch gekennzeichnet, daß die Person direkt eine oder mehrere Situationen erlebt, die eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit ihrer selbst oder eines anderen Menschen beinhalten. Diese Situation oder Situationen erlebt sie mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Eingeschlossen in diese Trauma-Kriterien ist auch die Zeugenschaft bei Verletzung oder Tod anderer Personen. Die Symptome der PTB lassen sich drei Gruppen zuordnen:

- *Symptome des Wiedererlebens des Traumas im Wachen oder Schlafen:* Der Betroffene erlebt das Geschehene auf belastende Weise als Bilder, Filmszenen, Gerüche, Geräusche oder andere Sinnesempfindungen wieder. Diese Erinnerungen werden Intrusionen genannt und können an Intensität stark variieren bis hin zu dem subjektiven Eindruck, das Trauma aktuell wieder zu durchleben (sog. Flashbacks). Es treten Alpträume auf, die Teile des traumatischen Geschehens zum Inhalt haben. Wird der Betroffene mit Dingen konfrontiert, die an das traumatische Erlebnis erinnern, so erlebt er dies als belastend und/oder reagiert mit körperlichen Symptomen der Erregung wie z. B. Zittern, Übelkeit, Herzrasen oder Atemnot.
- *Symptome der Vermeidung traumabezogener Reize:* Der Betroffene vermeidet Situationen, die ihn an das traumatische Erlebnis erinnern oder es symbolisieren. Oft wird ein Abstumpfen des emotionalen Empfin-

dens berichtet oder ein deutlich vermindertes Interesse an Dingen wie Freizeitaktivitäten, Beruf etc., die vor dem Trauma von großer persönlicher Bedeutung waren. Der Betroffene fühlt sich weit entfernt von anderen Menschen und emotional abgestumpft. Diese Symptome werden von einigen Autoren als Formen unbewußter kognitiver Vermeidung gedeutet (March, 1990).

- *Symptome des Übererregt-Seins*: Eine allgemeine Übererregtheit äußert sich in Symptomen wie Konzentrationsproblemen, übermäßiger Wachsamkeit, Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder großer Schreckhaftigkeit.

Diese Symptome liegen mindestens vier Wochen lang vor und verursachen oft eine erhebliche Beeinträchtigung in Lebensbereichen wie Beruf, Freizeit, Sozialkontakten oder Familie. Der Verlauf der Störung kann akut (weniger als 3 Monate andauernd) oder – in ca. 40 bis 50 % der Fälle – chronisch (länger als 3 Monate andauernd) sein. Dauert die Symptomatik kürzer als vier Wochen an, so sehen DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) und ICD-10 (World Health Organization, 1991) die Diagnose einer akuten Belastungsstörung vor. Die Symptomatik kann auch mit Verzögerung – in einigen in der Literatur berichteten Fällen sogar erst Jahre nach dem Trauma – einsetzen. Anders als das DSM-IV erlaubt die ICD-10 jedoch eine eindeutige Diagnose der Störung nur bei einem Einsetzen der Symptomatik bis zu 6 Monate nach dem Trauma, danach wird eine „wahrscheinliche“ Diagnose vergeben.

Aus großen epidemiologischen Studien wird geschätzt, daß die Lebenszeitprävalenz für die PTB um ca. 8 % liegt (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Männer haben ein höheres Risiko als Frauen, Traumatisierung zu erleben, Frauen wiederum haben ein höheres Risiko als Männer, im Laufe ihres Lebens an einer PTB zu erkranken. Erklärt wird dieser Geschlechterunterschied dadurch, daß Frauen häufiger als Männer Opfer sexueller Traumatisierung werden, die mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zur Ausbildung einer PTB führt. Es besteht eine hohe Komorbidität der PTB mit anderen Angststörungen, Depression, Somatisierung oder Substanzmißbrauch (Kessler et al., 1995).

Die folgende Fallbeschreibung kann als typisch für die PTB gelten.

### *Biographische Angaben*

Frau P. ist 30 Jahre alt, von Beruf Sachbearbeiterin bei einer großen Versicherungsgesellschaft und lebt mit ihrem 35jährigen Mann und dem drei-

einhalbjährigen Sohn in einem eigenen Haus in einem Vorort einer mittelgroßen Stadt. Finanzielle Probleme hat die Familie nicht.

Frau P. beschreibt ihre Kindheit und Jugend als getrübt durch die Scheidung ihrer Eltern, als sie 12 Jahre alt gewesen ist. In den zwei Jahren davor stritten die Eltern sehr häufig, auch in ihrem Beisein. Geschwister hat sie keine. Sie lebte zunächst mit ihrer Mutter alleine, bis die Mutter 5 Jahre nach der Scheidung einen neuen Partner fand, mit dem sie bis heute zusammenlebt. Frau P. schildert ihre Jugendzeit im Alter von 13 bis 17 Jahren als sehr schwierige und belastende Zeit. Sie verstand sich mit der Mutter überhaupt nicht gut und fühlte sich häufig niedergeschlagen und bedrückt. Mit dem Vater hat die Patientin seit der Scheidung der Eltern nur sporadisch Kontakt und keine besonders enge Beziehung. Die Beziehung zur Mutter und deren Partner ist heute nicht besonders eng, aber auch nicht konfliktuell.

Frau P. lernte ihren Mann vor acht Jahren kennen, vor fünf Jahren hat sie ihn geheiratet. Ihr Mann ist von Beruf Bauingenieur, hat eine verantwortungsvolle Position und ist recht häufig beruflich unterwegs. Ihre Ehe beschreibt sie als glücklich und ihr Familienleben als sehr innig. Sie fühlt sich sehr abhängig von ihrem Mann und braucht ihn sehr. Nach der Geburt des Sohnes, der ein Wunschkind gewesen ist, blieb Frau P. für ein Jahr Zuhause. Anschließend begann sie wieder, halbtags bei ihrer Firma zu arbeiten, was ihr großen Spaß macht. Der Sohn entwickelt sich prächtig und geht nun in den Kindergarten.

Neben ihrer beruflichen Tätigkeit und der Familie hatte Frau P. schon immer viel Spaß an Gymnastik in einer Frauensportgruppe und am Singen in einer Kantorei. Beides tat sie regelmäßig, selbst während der Schwangerschaft und während der ersten Zeit mit dem Kind. Sie und ihr Mann haben viele Bekannte, die sie üblicherweise am Wochenende treffen und mit denen sie häufig etwas unternehmen. Sie selber hat eine sehr gute Freundin, der sie vertraut und mit der sie sich häufig trifft.

## 1 Beschreibung der Störung

Frau P. wendet sich auf Anraten einer Freundin, die einen Bericht über die seelischen Folgen von belastenden Erlebnissen wie Unfällen im Fernsehen sah, an die Psychotherapeutin. Sie berichtet von „extremen Angstzuständen“, die seit einem dreiviertel Jahr auftreten. Sie gibt an, seit einigen Monaten nur mit großer Mühe selber Auto fahren zu können. Ihre Mutter, die im selben Ort lebt, ihr Mann oder ihre Schwägerin müssen sie zur Zeit

fast täglich zur Arbeit bringen. Auch der Sohn muß von einer dieser Personen zum Kindergarten im Nachbarort gebracht und abgeholt werden.

Erst auf genaues Befragen hin schildert Frau P. – allerdings mit Stocken und langen Pausen und mit starrem Gesicht – daß sie vor vier Monaten Zeugin eines Suizids wurde: Sie fuhr mit dem Auto, in dem sich auch ihr kleiner Sohn befand, gegen Abend auf dem Weg von ihrer Freundin nach Hause auf einer zweispurigen Schnellstraße, die sie üblicherweise täglich passiert. In der Dunkelheit – es war Spätherbst – stürzte sich direkt vor ihr ein 17jähriger Junge von einer Brücke auf die Fahrbahn. Frau P. sah ihn „wie einen Sack vom Himmel fallen“. Sie konnte, wie zunächst die nachfolgenden Verkehrsteilnehmer auch, ausweichen, und kam auf dem Seitenstreifen zum Stehen. Bei diesem Ausweichmanöver rammte sie allerdings einen anderen Wagen. Es entstand Blechschaden an beiden Fahrzeugen, verletzt wurde jedoch niemand. Frau P. hielt auf dem Standstreifen, stieg aus und überlegte mit einem anderen Zeugen, wie sie am besten den zerschmetterten Körper des Jungen von der Fahrbahn bergen könne. Während sie am Fahrbahnrand stand, sah sie in der Dunkelheit die Lichter eines großen Lkws näherkommen, der, obwohl schon bremsend, den Körper des Jungen erfaßte und über einige Meter mitschleifte. Als der LKW zum Stehen kam, sah Frau P. Teile des Körpers des Jungen verstreut auf der Fahrbahn liegen. Sie erkannte, daß sein Kopf getrennt vom Rumpf war. Frau P. berichtet, daß sie in dieser Situation anfang zu zittern. Ihr Herz raste, und sie schwitzte stark. Sie wußte nicht, wie sie sich am besten verhalten sollte, fühlte sich aber verpflichtet, bei ihrem kleinen Sohn zu bleiben, der durch den Schreck des Zusammenstoßes nun sehr weinte. Ein anderer Zeuge holte mit Hilfe eines Mobiltelefons Hilfe, nach wenigen Minuten trafen Polizei und Rettungswagen ein. Frau P. verblieb noch einige Zeit am Ort, ihre Personalien wurden aufgenommen, sie tauschte Adressen mit dem Fahrer des Fahrzeuges, das sie gerammt hatte. Sie erlebte mit, wie die Leiche bzw. Leichenteile des Jungen geborgen wurden. Auch den LKW-Fahrer sah sie, der wie vor Schock gelähmt am Straßenrand stand und von der Polizei befragt wurde. Mit zitternden Knien und völlig erschöpft fuhr Frau P. dann nach Hause. Während Frau P. von diesem traumatischen Erlebnis berichtet, weint sie sehr.

Frau P.s Symptome seit diesem Erlebnis lassen sich drei Ebenen zuordnen:

#### *Verhaltensebene*

Frau P. vermeidet Situationen und Dinge, die sie an das traumatische Erlebnis erinnern könnten. Seit dem Unfall umgeht sie, wann immer es ihr möglich ist, selbst bzw. allein Auto zu fahren. Ihr Mann oder andere Fa-

milienmitglieder bringen sie seit ihrer Zeugenschaft bei dem Suizid zur Arbeit und holen sie wieder ab. Dies bedeutet zwar einen hohen organisatorischen Aufwand, sie erfährt dabei aber sehr viel liebevolle Unterstützung. Sie umgeht, die Strecke zu fahren, auf der sie das traumatische Erlebnis hatte – obwohl das von vielen Zielen aus der kürzeste und bequemste Weg zu ihrem Haus ist. Sie nimmt einen recht weiten Umweg, auf dem man die Brücke und die Schnellstraße umfährt. Seit dem Erlebnis ist sie die Strecke nur ein einziges Mal mit ihrem Mann gefahren, und das hat sie als furchtbar in Erinnerung. Als Beifahrerin vermeidet sie ebenfalls, im Dunkeln oder unter Brücken zu fahren. Sie hat die Gymnastikgruppe und das Singen in der Kantorei aufgegeben, weil sie dazu jedesmal in die Stadt fahren müßte. Es ist für sie schon schwierig genug, die notwendigen Fahrten zu organisieren, und außerdem hat sie nach ihren Angaben das Interesse an diesen Aktivitäten verloren. Auch will sie dieses Jahr nicht in Urlaub fahren, obwohl die Reise schon gebucht war. Frau P. schaltet den Fernseher aus, wenn in den Nachrichten über Verkehrsunfälle oder Mord berichtet wird, oder wenn Krankenwagen oder Polizeiwagen zu sehen sind. Sie vermeidet, mit Freunden, Arbeitskollegen oder ihren Familienmitgliedern über ihre Zeugenschaft bei dem Suizid zu sprechen.

### *Kognitiv-emotionale Ebene*

Bereits kurz nach dem Unfall hatte Frau P. belastende Erinnerungen und Gedanken an das Erlebte, die sich ihr gegen ihren Willen aufdrängten. Ganz besonders schrecklich ist für sie, wenn sie sich an das Geräusch erinnert, das sie hörte, als der LKW den Körper des Jungen erfaßte. Wenn diese Erinnerungen auftreten, versucht Frau P., sie zu verscheuchen, oder sie beginnt zu grübeln. Sie grübelt oft darüber nach, warum sie nicht versuchte, den Jungen von der Fahrbahn zu ziehen, und was sie hätte anders machen können. Auch grübelt sie häufig darüber, warum der Junge wohl Selbstmord verübt hat. Aus einem Artikel in der örtlichen Zeitung erfuhr sie, daß der Junge sich schon länger von seinen Freunden und seiner Familie zurückgezogen hatte. Sie überlegt, ob er wohl keine guten Eltern hatte. Sie hat große Sorge, daß sie ihrem kleinen Sohn keine gute Mutter sein wird, daß er dadurch „auf die schiefe Bahn“ geraten und im Teenageralter ebenfalls einen Selbstmord verüben könne. Sie befürchtet, daß sie nichts tun kann, um dies zu verhindern. Wenn sie solche Gedanken hat, fühlt Frau P. sich häufig niedergeschlagen und matt. Frau P. hat große Angst, sich an das Erlebte genau zu erinnern, weil sie dann befürchtet, sie könnte überhaupt nicht mehr aufhören zu weinen, oder sie könnte die Kontrolle über sich verlieren. Sie hat Sorge, daß die immer wiederkehrenden Erinnerungen bedeuten, daß sie verrückt wird.



Frau P. leidet unter starken Schuldgefühlen, weil sie glaubt, in der Situation dort am Straßenrand nicht schnell genug und richtig gehandelt zu haben. Vielleicht lebte der Junge nach dem Aufprall noch, vielleicht hätte sie ihn retten können, wenn sie nur schnell genug auf die Fahrbahn gelaufen wäre und ihn geborgen hätte! Sie träumt circa 2 bis 3 mal pro Monat davon, daß der tote Junge wiederkommt und ihr Vorwürfe macht, daß sein Körper nicht heil geblieben ist, sondern völlig zerstört wurde. Solche Erinnerungen und Träume belasten sie dann sehr.

Frau P. hat sehr große Angst, wieder in eine ähnliche Situation zu kommen. Sie hat das Gefühl, beim Benutzen des Autos potentiellen Selbstmördern hilflos ausgeliefert zu sein: Was kann sie schon tun, um zu verhindern, daß sie etwas ähnliches wieder erlebt? Wenn sie Erinnerungen an den Aufprall ihres eigenen Fahrzeuges, in dem ja auch ihr Kind war, hat, dann denkt sie oft, wie schnell das Leben vorbei sein kann, wie gefährdet ihr Leben und das ihrer Familie zu jeder Zeit ist.

Ganz im Gegensatz zu der Zeit vor dem Unfall ist sie sehr besorgt, wenn ihr Mann beruflich unterwegs ist, er könnte einen Unfall haben. Sie bittet ihn daher, sie regelmäßig zweimal am Tag anzurufen. Auch um ihren kleinen Sohn sorgt sie sich viel mehr als früher – so sehr, daß sie sich oft bei der Arbeit durch diese Sorge beeinträchtigt fühlt. Sie verabschiedet sich nie mehr von ihm, ohne ihm zu sagen, wie sehr sie ihn liebt. Eigentlich hatte sie vor dem Suiziderlebnis gemeinsam mit ihrem Mann geplant, ein zweites Kind zu bekommen. Nun aber fühlt sie sich so ängstlich und niedergeschlagen, daß sie befürchtet, dem Kind eine sehr schlechte Mutter zu sein und hat sich gegen ein zweites Kind entschieden.

### *Körperliche Ebene*

Frau P. berichtet, daß sie bei der Konfrontation mit Reizen, die an den Suizid erinnern, und beim Auftreten von intrusiven Erinnerungen und Gedanken eine große körperliche Belastung verspürt – ihr Herz fängt an zu rasen und sie hat Schweißausbrüche. Wenn sie sich deutlich an den zerstörten Körper erinnert, verspürt sie manchmal auch Übelkeit. Sie empfindet eine große Unruhe und hat das Gefühl, dann nicht stillsitzen oder stillstehen zu können. Sie beobachtet, daß sie sich seit dem Suizid in ihrem Beruf oft nicht gut konzentrieren kann und für Arbeiten, die ihr früher leicht von der Hand gingen, lange Zeit benötigt. Sie kann häufig nicht einschlafen, liegt wach und grübelt. Diese Symptome beeinträchtigen sie besonders in ihrem Beruf. Wenn sie am Straßenverkehr teilnimmt, ist sie sehr schreckhaft. Sie hat häufig den Eindruck, daß nun wieder von oben etwas auf die Fahrbahn fällt.

### *Verhalten der Angehörigen*

Frau P.s Mann und ihre Familie versuchen dafür zu sorgen, daß sie sich möglichst selten an das Geschehene erinnert: So wechselt ihr Mann beim Fernsehen beispielsweise schnell das Programm, wenn Verletzte oder Tote zu sehen sind. Wenn Frau P. – was sehr selten vorkommt – von selber über den Suizid des Jungen spricht, versuchen ihre Angehörigen, sie abzulenken und von anderen Dingen zu reden.

### *Bisherige Interventionen*

Frau P. suchte vier Wochen nach ihrer Zeugenschaft bei dem Suizid wegen ihrer anhaltenden Ängste beim Autofahren und der inneren Unruhe ihren Hausarzt auf. Dieser verordnete ihr ein Anxiolytikum, das sie bei Bedarf einnehmen sollte. Frau P. gibt an, daß das Medikament sie zwar in akuten Belastungssituationen beruhigen kann, daß ihre Beschwerden insgesamt aber nicht besser geworden sind. Auch kurz vor dem Erstgespräch mit der Therapeutin hat sie das Medikament genommen.

## 2 Differentialdiagnostik

Das diagnostische Vorgehen beinhaltet zur Feststellung der Diagnose die Durchführung eines strukturierten diagnostischen Interviews (Strukturisiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II, SKID, Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) sowie eine Selbstbeurteilung der Patientin mit Hilfe der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS, Ehlers, Steil, Winter & Foa, 1996). Es handelt sich um die deutsche Übersetzung eines amerikanischen Fragebogens (im Original von Foa, 1995), der Häufigkeit bzw. Schweregrad der 17 Symptome der PTB nach DSM-IV (bezogen auf die letzten vier Wochen) von den Befragten selber auf einer 4-Punkte-Likert-Skala von 0 (niemals) bis 3 (5 mal oder öfter pro Woche, sehr stark, fast immer) einschätzen läßt. Als vorhanden wird ein Kriterium gewertet, wenn es mit einem Punktwert von 1 oder mehr angegeben wurde. Der Schweregrad der Störung wird über den Summenwert der 17 Items berechnet und reicht von 0 (keinerlei Symptomatik) bis 51. Mit der Erfassung aller PTB-Kriterien nach DSM-IV ermöglicht die PDS auf der Basis der Selbstbeurteilung die Diagnosestellung für eine PTB sowohl nach DSM-IV als auch nach ICD-10 (eine Übersicht zu deutschsprachigen Instrumenten zur Diagnose der PTB findet sich bei Schützwohl, 1997). SKID und PDS ergeben

übereinstimmend, daß bei Frau P. die Kriterien für eine chronische PTB nach DSM-IV (309.81) erfüllt sind:

- *Kriterien für das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses:* Frau P. hat sowohl den Selbstmord des Jungen als auch eine Bedrohung ihrer selbst und ihres Kindes durch den Auffahrunfall erlebt. Sie hat während dieser Erlebnisse große Hilflosigkeit und Entsetzen empfunden.
- *Symptome des Wiedererlebens (mindestens ein Symptom muß vorhanden sein):* Frau P. berichtet sehr belastende und quälende Erinnerungen an den Unfall. Für einen Teil dieser Erinnerungen erkennt die Patientin deutlich als Auslöser äußere Reize, die sie an das Trauma erinnern (z. B. Fernsehsendungen, in denen es um Unfälle, Katastrophen oder Selbstmorde geht, unter der betreffenden Brücke hindurchfahren, der Anblick ihres weinenden Sohnes etc.). Einen Teil der Intrusionen erlebt sie jedoch als „aus heiterem Himmel“ kommend. Auf diese Erinnerungen reagiert sie mit starker körperlicher Erregung, wobei besonders Herzrasen und Schweißausbrüche im Vordergrund stehen.
- *Symptome der Vermeidung (mindestens 3 Symptome müssen vorhanden sein):* Frau P. vermeidet Situationen, die mit dem Suizid, den sie als Zeugin erlebte, in Zusammenhang stehen. Sie umgeht es, mit ihrer Familie oder Freunden und Kollegen über den Unfall zu sprechen, sie vermeidet es, selber Auto zu fahren bzw. die Unfallstrecke unter der Brücke hindurch zu fahren. Freizeitaktivitäten wie den Gymnastikkurs und den Chor, die ihr vor dem Unfall viel bedeuteten, hat sie aufgegeben, um Autofahren zu vermeiden. Manchmal, so berichtet sie, fühlt sie sich zu keinem positiven Gefühl mehr fähig und sehr niedergeschlagen.
- *Symptome der Übererregung (mindestens 2 Symptome müssen vorhanden sein):* Frau P. hat häufig Probleme, abends einzuschlafen und ist, besonders bei Autofahrten sowohl als Fahrerin als auch als Beifahrerin, sehr leicht schreckhaft. In ihrem Beruf hat sie Schwierigkeiten, sich auf Arbeiten zu konzentrieren, die sehr viel Aufmerksamkeit erfordern.
- *Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen:* Frau P. hat Freizeitaktivitäten aufgegeben, die an längere Autofahrten gebunden sind und ihr vor dem Unfall viel Spaß machten. Auch ihr Familienleben hat sich ihrer Einschätzung nach durch ihre übergroße Ängstlichkeit und das Vermeiden von Situationen wie Ausflügen, die mit Autofahrten verbunden sind, negativ verändert.
- *Dauer der Symptomatik (mindestens vier Wochen):* Die berichteten Symptome begannen unmittelbar nach dem Unfall und dauern seit knapp vier Monaten an.  
Es liegt somit gemäß DSM-IV eine chronische PTB ohne verzögerten

Beginn vor. Zur Diagnose einer PTB nach ICD-10 ist das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses sowie das Vorhandensein intrusiver belastender Erinnerungen an das Trauma hinreichend – bei Frau P. liegt somit auch bei Diagnose nach ICD-10 eine chronische PTB (F 43.1) vor. Die PDS ergab als Maß für den Schweregrad der PTB einen Summenwert von 33, der für eine schwere posttraumatische Symptomatik spricht (die Werte reichen von 0 bis 51).

- *Abgrenzung von anderen Störungsbildern:* Differentialdiagnostisch muß die PTB abgegrenzt werden von affektiven Störungen und anderen Angststörungen wie spezifischer Phobie oder Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, die möglicherweise in der Folge eines Traumas auftreten können. Dabei sollte bedacht werden, daß Überlappungen von Symptomen affektiver Störungen und anderer Angststörungen mit denen der PTB bestehen. Flashbacks, die bisweilen mit dem subjektiven Gefühl des Realitätsverlustes einhergehen, müssen von Symptomen psychotischer Störungen unterschieden, immer wiederkehrende quälende Intrusionen von Zwangsgedanken unterschieden werden. Die organisch bedingten Folgen einer – auch minderschweren – Kopfverletzung können bisweilen als PTB-Symptome imponieren: so können z. B. nach einer Gehirnerschütterung Symptome wie Irritabilität, Angst, Schlaf- und Konzentrationsstörungen auftreten. Symptome der Vermeidung, der Empfindungslosigkeit oder der Übererregung, die schon *vor* dem Auftreten des Traumas vorhanden waren, dürfen generell nicht als Symptome der PTB gewertet werden.

Das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses ist Bedingung für die Diagnose einer PTB. Findet man in der Folge von belastenden Lebensereignissen wie z. B. Trennung vom Partner oder Verlust des Arbeitsplatzes, welche *nicht* als traumatisches Ereignis nach ICD-10 oder DSM-IV gelten können, Symptome der Angst und/oder Depression oder Symptome, die denen der PTB ähneln, so kann die Diagnose einer Anpassungsstörung (309.0–309.9 bzw. F43.20-F43.28) gegeben sein. Auch in Fällen, in denen als Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis Symptome auftreten, die aber nicht die Kriterien einer PTB erfüllen, kann diese Diagnose vergeben werden. Abgegrenzt werden muß die PTB ebenfalls von der Trauer über den Verlust eines geliebten Menschen. Als Teil der Reaktion auf den Verlust können Symptome auftreten, die charakteristisch sind für eine Schwere depressive Episode oder auch eine PTB. Eine PTB sollte nur dann diagnostiziert werden, wenn der Tod dieser nahestehenden Person unter traumatischen Bedingungen geschah.

Bei Frau P. lagen außer der chronischen PTB keine weiteren psychischen Störungen vor. Zwar berichtet Frau P. von affektiven Symptomen wie Niedergeschlagenheit oder Appetitlosigkeit, diese Symptome sind aber in Zusammenhang mit der PTB zu sehen – die Kriterien einer

schweren depressiven Episode oder einer dysthymen Störung sind nicht erfüllt. Es liegen zwar Hinweise darauf vor, daß Frau P. als Jugendliche in der Krisensituation der Scheidung ihrer Eltern unter depressiver Stimmung litt, die nach dem Miterleben des Suizids auftretenden affektiven Symptome sind jedoch nicht als Verschlimmerung dieser 15 Jahre zurückliegenden Beschwerden zu sehen. Eine Persönlichkeitsstörung liegt laut SKID nicht vor.

- *Besondere Probleme bei der Diagnose der PTB:* Oft zeigt sich nach einem Trauma, das mit schweren Verletzungen einherging, erst bei der Entlassung aus dem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung das volle Störungsbild, da erst im Alltag die Situationen wieder auftreten, die das Wiedererinnern und das damit verbundene Leid auslösen bzw. auf die die Patienten mit Vermeidung reagieren (Roca, Spence & Munster, 1992). Juristische Aspekte, wie der Wunsch nach Kompensation für erlittenes Leid oder Unrecht, können unter Umständen zu Simulation oder Verzerrungen bei der Darstellung der Symptomatik durch den Patienten führen. Allerdings implizieren die Ergebnisse einschlägiger Studien, daß dies nur in sehr seltenen Fällen zu berücksichtigen ist (Burstein, 1986 a und b, Jordan, Nunley & Cook, 1992). Andererseits wiederum kann ein sehr ausgeprägtes Vermeidungsverhalten die Diagnose der PTB erschweren, wenn der Patient zu sehr fürchtet, bei den Erinnerungen an das Trauma von negativen Gefühlen überwältigt zu werden, und deshalb seine traumatischen Erlebnisse zunächst verschweigt. So hatte Frau P. schon kurz nach dem Unfall wegen ihrer Ängste ihren Hausarzt aufgesucht, der ihr auch ein Anxiolytikum verschrieben hat – sie hat dort aber über das Miterleben des Suizids als Auslöser ihrer Ängste beim Autofahren nicht berichtet.

### 3 Erklärungsansätze

Zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der PTB werden neben psychobiologischen Konzepten vor allem lerntheoretische Prinzipien und kognitive Modelle herangezogen. Ein Überblick über verschiedene ätiologische Modelle der PTB sowie deren empirische Fundierung findet sich bei Steil und Ehlers (1997) bzw. bei Steil, Ehlers und Clark (1997) sowie bei Maercker (1997).

## Prädisponierende Faktoren (PTB)

Zu prädisponierenden Faktoren für die Ausbildung posttraumatischer Symptomatik nach einem Trauma liegen derzeit nur wenige gesicherte Forschungsergebnisse vor. Es liegt in der Natur der Störung, daß nur einige wenige Studien Angaben zur psychischen Anpassung der Patienten vor dem Trauma einbeziehen konnten. Vor dem Trauma bestehende psychische Störungen gelten als Risikofaktor für die Entwicklung einer PTB nach einem traumatischen Ereignis (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; Smith, North, McCool & Shea, 1990). Frau P. berichtet über depressive Symptomatik im Alter von 13 bis 17 Jahren, die in diesem Sinne als prädisponierender Faktor gewertet werden kann.

## Auslösende Faktoren

Die PTB stellt zusammen mit der Anpassungsstörung insofern in den diagnostischen Klassifikationssystemen eine Ausnahme dar, als hier im Gegensatz zu den anderen psychischen Störungen klar eine Ursache der Beschwerden (in Form des traumatischen bzw. belastenden Erlebnisses) angenommen wird. Gemäß lerntheoretischer Modelle stellt Frau P.s posttraumatische Symptomatik eine konditionierte emotionale Reaktion dar. Stimuli, die den beim Trauma vorhandenen Reizen ähnlich sind (z. B. Anblick der Autobahnbrücke, Vorbeifahren am Ort des Geschehens, Anblick des weinenden eigenen Kindes, internale Auslöser wie Erhöhung der körperlichen Erregung durch familiären Streit), lösen bei Frau P. in der Folge emotionale und physiologische Reaktionen aus, die denen während des Traumas ähnlich sind (z. B. Zittern, Herzrasen, Schweißausbrüche, Entsetzen, Furcht, Grauen, Hilflosigkeit; Keane, Zimering & Caddell, 1995; Keane, Fairbank, Caddell, Zimering & Bender, 1985; Kilpatrick, Veronen & Best, 1985). Während des Traumas erfolgt – durch die Stärke der physiologischen Reaktion auch bei einmaliger Traumatisierung (One-trial-learning, Quirk, 1985) – eine klassische Konditionierung (Traumatische Situation – emotionale und körperliche Reaktion). Eine Löschung dieser Reaktion bleibt in der Folge aus, weil Frau P. die Erinnerung an das Trauma durch die hohe subjektive Belastung, mit der sie einhergeht, abbricht oder vermeidet. Es kommt weiterhin zur Stimulusgeneralisation: Immer mehr Reize – auch solche, die nicht den während der ursprünglichen Situation anwesenden entsprechen – können bei Frau P. die Erinnerung an das Trauma und die damit einhergehenden emotionalen und physiologischen Reaktionen auslösen (z. B. Fernsehsendungen, die Bilder über Unfälle oder Suizid zeigen, Autofahren an anderen Orten).

Kognitive Modelle postulieren, daß bei der Traumatisierung ein PTB-spezifisches Furchtnetzwerk entsteht, das sehr leicht aktivierbar ist (Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson & Twentyman, 1988; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989). Bei Frau P. sind diesen Modellen folgend in einem solchen Furchtnetzwerk Sinnesempfindungen und Eindrücke während des Traumas (z. B. Geräusch des herannahenden LKWs) verbunden mit Merkmalen der traumatischen Situation (z. B. Anblick der Leiche des Jungen) und den emotionalen und körperlichen Reaktionen während des Traumas (z. B. Entsetzen, Hilflosigkeit, körperliche Erregung). Die Informationsverarbeitung weist bei PTB-Patienten insofern Besonderheiten auf, als viele objektiv wenig gefährliche Situationen in der Folge des Traumas als potentiell bedrohlich bewertet werden. So schätzt z. B. Frau P. nach dem Trauma Autofahren generell als sehr gefährlich ein.

## Aufrechterhaltende Faktoren

Zur Aufrechterhaltung chronischer posttraumatischer Symptomatik trägt – darüber besteht über die verschiedensten ätiologischen Modelle hinweg Konsens – vor allem die Vermeidung traumarelevanter Stimuli bei. Sie verhindert bei Frau P. die Löschung der konditionierten Reaktion und die Habituation an die Reize, welche Furcht, Entsetzen und eine Erhöhung der körperlichen Erregung hervorrufen. Dem Zwei-Faktoren-Modell von Mowrer (1947) folgend wird die Vermeidung traumarelevanter Reize, die Frau P. schon kurz nach dem Erlebnis zeigte, operant über den Mechanismus der negativen Verstärkung aufrechterhalten (vgl. Keane, Zimering & Cadell, 1985).

Während kurz nach einem Trauma fast alle Betroffenen die typischen posttraumatischen Symptome zeigen, bleibt die anfängliche Belastung aber nur bei einer relativ kleinen Gruppe langfristig aufrechterhalten. Nicht alle Menschen entwickeln nach einem vergleichbaren traumatischen Erlebnis eine PTB – nach Zeugenschaft bei einem Unfall oder bei Gewalttätigkeit erkranken z. B. nur circa 7 % der Betroffenen an einer PTB (Kessler et al., 1995). Neben objektiven Merkmalen des Traumas, wie z. B. der Verletzungsschwere der eigenen Person oder anderer Personen, vermitteln demnach auch subjektive Faktoren, wie z. B. die subjektiv wahrgenommene Lebensbedrohung der eigenen Person bzw. anderer Personen, die wahrgenommene Hilflosigkeit oder die Unvorhersehbarkeit des Ereignisses das Ausmaß der posttraumatischen Symptomatik. Auch die idiosynkratische Bedeutung des traumatischen Ereignisses für den Betroffenen mediiert die Stärke der posttraumatischen Symptomatik (Ehlers & Steil, 1995).

Diese Aspekte lassen sich bei Frau P. an folgenden Beispielen nachvollziehen: Frau P. erlebte ihre Zeugenschaft beim Suizid des Jungen mit großem Entsetzen und mit großer Hilflosigkeit. Sie war Zeugin des gewaltsamen Todes eines jungen Menschen und der grauenhaften Verstümmelung seiner Leiche. Diese beiden Aspekte scheinen als Auslöser der PTB von besonderer Bedeutung zu sein (vgl. Ursano & McCarroll, 1990). Ihr eigenes Leben und das ihres Sohnes war beim Ausweichmanöver und bei dem Zusammenstoß mit einem anderen Auto danach ebenfalls in Gefahr. Zudem fühlt Frau P. sich in der Folge des Erlebnisses schuldig am Tod und an der Zerstückelung des Körpers des Jungen. Besondere Bedeutung, so wird später im Laufe der Behandlung deutlich, hat die Zeugenschaft beim Suizid eines jungen Menschen für Frau P. insofern, als sie selbst in ihrer Jugend bisweilen Suizidgedanken hatte, sie diese aber nie in die Tat umsetzte und heute bei dem Gedanken, sie hätte sich damals vielleicht das Leben nehmen können, sehr erschrickt. Sie geht – obwohl sie darüber keine Informationen hat, davon aus, daß der Junge sich ebenfalls nicht wirklich das Leben nehmen wollte, sondern seine Tat ein Hilfeschrei war. Dies läßt ihr den Suizid als ein um so tragischeres Ereignis erscheinen. Darüberhinaus ist für sie bedeutsam, daß sie selber einen Sohn hat, dem ein ähnliches Schicksal widerfahren könnte.

In kognitiven Modellen der Aufrechterhaltung der PTB wird postuliert, daß die negative idiosynkratische Bedeutung des Traumas oder seiner Folgen das Ausmaß des Gebrauches von Vermeidungsstrategien beeinflusst (Ehlers & Steil, 1995; Steil, Ehlers & Clark, 1997). Bei Frau P. treten zusammen mit den Erinnerungen dysfunktionale Kognitionen zum Trauma oder zu ihrer Symptomatik auf (z. B. „Ich bin schuld am Tod des Jungen.“ oder „Daß diese Erinnerungen immer wieder kommen, bedeutet, daß ich verrückt werde.“). Diese Kognitionen können die Belastung, die bei Frau P. mit den Erinnerungen einhergeht, erhöhen, und damit ihr Bedürfnis, auf diese Erinnerungen vermeidend zu reagieren. Zu den Strategien, die Frau P. zur Beendigung oder Vermeidung der belastenden Erinnerungen an das Erlebnis einsetzt, gehören z. B. auch Gedankenunterdrückung (Frau P. lenkt sich ab, wenn die Erinnerungen auftreten, sie zwingt sich, etwas anderes zu tun oder zu denken) und Grübeln (wenn die Erinnerungen auftreten, dann grübelt sie darüber nach, wie der Junge hätte gerettet werden können). Diese Strategien sind jedoch bekannt dafür, daß sie die Auftretenswahrscheinlichkeit der kognitiven Inhalte, die vermieden werden sollen, erhöhen statt sie zu senken. Frau P. erlebt dies („Obwohl ich immer wieder versuche, die Gedanken zu verscheuchen, kommen sie wieder und wieder!“) und interpretiert diesen Effekt wiederum als bedrohlich („Das bedeutet, daß ich vielleicht verrückt werde.“).



## 4 Intervention

### Grundlegendes zu Beginn der Behandlung

Zu Beginn der Behandlung steht das Schaffen einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Frau P. und der Therapeutin im Mittelpunkt. Die Therapeutin vermittelt Frau P. durch detailliertes Fragen nach dem Ablauf der Ereignisse und nach ihren Gefühlen, Gedanken und Handlungen während des Traumas das Gefühl, daß sie ohne Scheu und ohne Sorge, ihr Gegenüber zu überfordern, von dem Schrecken, den sie erlebt hat, berichten kann. Frau P. und ihre Therapeutin erarbeiten gemeinsam ein persönlich auf die Patientin zugeschnittenes Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Beschwerden, das auf den oben beschriebenen lerntheoretischen und kognitiven Konzepten fußt (vgl. Steil, Ehlers & Clark, 1997). Frau P. erhält Informationen zu üblichen Folgen traumatischer Ereignisse, um dem Katastrophisieren, das Frau P. in Bezug auf ihre Symptomatik zeigt („Manchmal denke ich, meine Symptome bedeuten, daß ich verrückt werde.“) entgegenzuwirken. Ein realistisches Therapieziel wird festgelegt: Frau P. möchte nicht mehr so stark unter den Erinnerungen an den Suizid leiden und wieder ohne Einschränkungen Auto fahren. Frau P. erhält Informationen über Inhalt und Ablauf der Behandlung – auch darüber, daß es unter der kognitiv-behavioralen Behandlung kurzfristig zu einer Verschlimmerung der Symptomatik kommen kann.

### Therapiespezifische Diagnostik

Neben der oben beschriebenen Eingangsdiagnostik werden folgende Informationen erhoben, die für die Planung der Therapie von Wichtigkeit sind:

- Situationen und Dinge, die Frau P. seit dem Suiziderlebnis vermeidet bzw. die die belastenden Erinnerungen auslösen können, hierarchisch nach Grad der Belastung geordnet
- typische kritische Kognitionen, die zusammen mit den Erinnerungen auftreten
- Strategien, die Frau P. zur Beendigung der Erinnerungen einsetzt.

Hierzu werden sowohl Fragebögen eingesetzt wie auch ein Tagebuch der Erinnerungen und Gedanken an das Trauma. Frau P. führt das Tagebuch über eine Woche und erfaßt darin die Häufigkeit der Erinnerungen, die mit ihnen verbundene Belastung, mögliche Auslöser, die mit den Erinnerungen verbundenen Kognitionen und ihre Reaktionen auf die Erinnerungen (z. B. sich ablenken, Grübeln).

## Konfrontation

Kernstück der Behandlung ist die Konfrontation in sensu mit den belastenden Erinnerungen an das Erlebte und die Konfrontation in vivo mit Situationen und Dingen, die diese Erinnerungen auslösen können (vgl. Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991; Keane, Fairbank, Caddell & Zimering, 1989; Rothbaum & Foa, 1997). In der zweiten Sitzung erarbeitet die Therapeutin gemeinsam mit Frau P. das Rational des konfrontativen Vorgehens, das sich auf die lerntheoretischen Annahmen zu Habituation und Löschung stützt. Sie instruiert Frau P., sich in der Sitzung an den schlimmsten Teil des traumatischen Erlebnisses (Frau P. sieht die Lichter des LKW näherkommen, hört das Motorengeräusch und sieht dann, wie der Körper des Jungen zerstückelt wird) genau zu erinnern, die Augen zu schließen, und von dieser Situation in der Ichform zu berichten, so als ob diese gerade passiere. Bedeutsam ist hierbei, daß während der Konfrontation Frau P.s Empfindungen und Gedanken während des Traumas so intensiv wie möglich reaktiviert werden (Foa, Riggs, Massie & Yarczower, 1995). Daher wird Frau P.s anxiolytische Medikation zu Beginn der Behandlung abgesetzt. Diese Form der Konfrontation in sensu wird bis zum Ende der Behandlung zu Beginn jeder einzelnen Sitzung wiederholt. Frau P.s Bericht wird jeweils auf Band aufgenommen. Die Patientin erhält die Aufgabe, zwischen den Sitzungen diese Schilderung der Situationen mehrfach am Tage anzuhören, um die Expositionszeiten auch auf die Zeit zwischen den Sitzungen auszuweiten.

Frau P. erhält die Instruktion zu Verhaltensexperimenten, die die paradoxe Wirkung von Gedankenunterdrückung und Grübeln demonstrieren. So z. B. bittet die Therapeutin Frau P., die Augen zu schließen und sich dabei zu verbieten, an grüne Elefanten zu denken – so wird demonstriert, daß man keine vollständige Kontrolle über die eigenen Gedanken haben kann bzw. der verbotene Gedanke um so häufiger wiederkommt. Es wird vereinbart, daß Frau P. die Strategien, welche sie zur Beendigung der belastenden Erinnerungen und Gedanken einsetzt, unterläßt. Die Therapeutin ermuntert Frau P., auch andere Arten der Konfrontation in sensu anzuwenden, indem sie z. B. ihre Erlebnisse aufschreibt oder mit ihren Angehörigen und Freunden darüber spricht. Parallel dazu wird Frau P. zur Konfrontation in vivo angeleitet, die sie zu Beginn in Begleitung der Therapeutin, dann zunehmend alleine durchführt. In der siebten Sitzung z. B. begleitet die Therapeutin Frau P. dabei, als sie sich mit der Situation konfrontiert, für die sie zu Beginn die höchste Schwierigkeit angab: sie fährt zum erstenmal seit dem Unfall – selber das Auto lenkend – unter der fraglichen Brücke hindurch.

## Kognitive Restrukturierung

Ab der zweiten Sitzung lernt Frau P., ihre negativen und dysfunktionalen Kognitionen zum Trauma und seinen Folgen zu identifizieren. Mit Hilfe klassischer Methoden der kognitiven Therapie sensu Beck (1986) diskutieren und erörtern Frau P. und die Therapeutin gemeinsam diese Einstellungen und Überzeugungen und prüfen sie auf ihre Angemessenheit (vgl. Nishith & Resick, 1997; Resick & Schnicke, 1992; Steil, Ehlers & Clark, 1997). Die Therapeutin bedient sich dabei des sokratischen Dialogs: sie stellt gezielte Fragen und unterstützt Frau P. dabei, Argumente für und wider kritische Einstellungen wie z. B. die zu ihrer Schuld am Tod des Jungen zu überprüfen. Dabei versucht sie nicht, Frau P. zu überzeugen, sondern sie zu eigenen Schlüssen kommen zu lassen. Der Identifizierung und Restrukturierung dysfunktionaler Kognitionen wird in den folgenden 12 Sitzungen ein Großteil der Zeit gewidmet. Frau P. gelingt es, ihre kritischen Überzeugungen in Frage zu stellen und zu verändern (z. B. „Ich trage nicht die Schuld am Tod des Jungen, sondern es war ein Selbstmord. Der Junge war möglicherweise schon tot, als er von der Brücke auf die Fahrbahn fiel. Neben mir standen andere Zeugen, die auch nicht versuchten, den Jungen von der Fahrbahn zu ziehen – diese tragen mindestens genauso viel Verantwortung wie ich. Es gab gute Gründe dafür, daß ich nicht versuchte, den Jungen von der Fahrbahn zu ziehen: Wäre ich kopflos auf die Fahrbahn gerannt, dann wäre möglicherweise ich selber getötet worden, oder ein nachfolgendes Fahrzeug wäre ausgewichen und hätte die am Fahrbahnrand Stehenden gefährdet. Ich hätte den Jungen alleine nur sehr langsam über die Straße ziehen können.“). Frau P. erhält die Aufgabe, zwischen den Sitzungen das Anwenden der kognitiven Techniken zur Prüfung kritischer Annahmen selbständig zu üben.

## Einbeziehung des Partners

Auch Frau P.s Mann wird nach Ablauf von fünf Therapiesitzungen in einer gemeinsamen Sitzung das Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik seiner Frau vermittelt, um ihn in die zwischen den Sitzungen stattfindende, von Frau P. selbst gesteuerte Konfrontation mit bisher von ihr vermiedenen Situationen und Dingen einzubinden. So wird gemeinsam erarbeitet, daß Herrn P.s Absicht, seine Frau vor Erinnerungen an das Trauma zu schützen (er fährt sie zur Arbeit und holt sie ab, er nimmt dabei den großen Umweg in Kauf, er ist damit einverstanden, daß bei der gemeinsamen Freizeit- und Urlaubsplanung unnötige Autofahrten vermieden werden) zur Aufrechterhaltung des Kreislaufes der Vermeidung bei-

trägt. Während der gemeinsamen Sitzung berichtet Herr P., daß es ihm schwerfalle, den Erzählungen seiner Frau vom Suizid des Jungen zuzuhören und dabei die sichtliche Belastung seiner Frau zu ertragen. Er sei unsicher, wie er dann am besten reagieren solle. Er sei eigentlich der Ansicht, daß „die Zeit alle Wunden heilt“ und es besser sei, seine Frau nicht an das Erlebte zu erinnern. Paar und Therapeutin planen gemeinsam, wie Herr P. seine Frau bei der Konfrontation unterstützen kann. Es wird vereinbart, daß er ihr keine Autofahrten mehr abnimmt, daß er keine Umwege mehr mit ihr fährt und daß er mit seiner Frau über das Trauma spricht, wenn sie es möchte. Die Therapeutin achtet besonders darauf, daß Herr P. nicht das Gefühl vermittelt bekommt, er habe bisher alles ganz falsch gemacht – genauso, wie seine Frau bisher die Lösungsversuche ausprobiert hat, die ihr am plausibelsten erschienen, hat auch er mit dem Wunsch gehandelt, seine Frau zu unterstützen. Die Patientin informiert auch ihre Mutter und ihre Schwägerin, die ihr häufig Autofahrten abnehmen, über die Prinzipien der konfrontativen Behandlung.

## Rückfallprophylaxe

In der 13. und 14. Sitzung rekapitulieren Frau P. und die Therapeutin die Techniken der Prüfung und Veränderung kritischer Einstellungen und der Konfrontation, die Frau P. während der Therapie erlernt hat. Belastende Situationen, die möglicherweise in der Zukunft auftreten können, spielt Frau P. unter Anleitung der Therapeutin im Geiste durch. Frau P. erarbeitet, welche der Techniken sie selbst in zukünftigen kritischen Situationen einsetzen kann. Eine Sitzung zur Wiederauffrischung des Gelernten nach 6 Wochen und ein Katamnesetermin nach 6 Monaten werden vereinbart.

## Katamnese nach 6 Monaten

Bei der Katamnese 6 Monate nach Ende der Behandlung berichtet Frau P., daß es ihr sehr gut geht. Sie ist im dritten Monat schwanger mit ihrem zweiten Kind. Sie erklärt, daß sie immer noch recht häufig (circa 5 mal pro Tag) Intrusionen hat und über den Suizid des Jungen nachdenkt. Allerdings hat sich die Bedeutung der Erinnerungen verändert: Sie sieht sie nun als Symbol für ein Erlebnis, das grausam und schrecklich war, das aber nun vorbei ist. Frau P. versucht nicht mehr, die Erinnerungen zurückzudrängen, sondern denkt im Gegenteil nun auch oft willentlich darüber nach. Sie fährt seit Ende der Behandlung selber wieder ohne Einschränkungen Auto und redet mit ihrem Mann, ihrer Familie und Freunden über

das Erlebnis, wenn es ihr in den Sinn kommt. Sie hat kurz nach dem Unfall das Grab des Jungen im Nachbarort besucht. Das fiel ihr noch sehr schwer, aber im Nachhinein ist sie sehr froh darüber und stolz auf sich, daß sie ihre Angst überwunden hat. Daß ihr Mann sie auf ihren Wunsch hin bis an die Friedhofsmauer begleitet hat, hat sie sehr gefreut. Sie hat innerlich mit dem toten Jungen am Grab gesprochen und ihm gesagt, daß ihr sein Selbstmord zwar sehr leid tut, daß sie ihn aber akzeptiert. Ihre Ängstlichkeit, wenn ihr Mann beruflich unterwegs ist oder sie sich von ihrem Sohn verabschiedet ist zwar noch vorhanden, aber nicht in einem Ausmaß, das ihr Leben einschränkt wie zu Beginn der Behandlung. Der Gedanke, daß das Leben auch sehr schnell zu Ende sein kann, bringt sie oft dazu, die Zeit mit ihrer Familie um so mehr zu genießen und schöne Dinge mit ihrem Mann und ihrem Sohn zu unternehmen. Die Selbstbeurteilung der posttraumatischen Symptomatik mit Hilfe der PDS ergibt, daß die Diagnose der PTB nun nicht mehr gegeben ist, der Summenwert liegt bei 7. Das Kriterium des Wiedererinnerns ist noch vorhanden, die Kriterien der Vermeidung oder der Übererregung liegen jedoch nicht mehr vor. Auch fühlt sich Frau P. durch die verbleibende intrusive Symptomatik nicht in wichtigen Lebensbereichen beeinträchtigt.

## 5 Resümee

In der ärztlichen und psychologischen Versorgung von Patienten kann das Störungsbild der PTB leicht übersehen werden: häufig bringen Patienten ihre Beschwerden nicht unmittelbar mit einem traumatischen Erlebnis in Zusammenhang, sie suchen unter Umständen aufgrund ganz anderer Beschwerden (wie z. B. chronischem Schmerz) Hilfe.

Für die Behandlung der PTB liegen heute effektive und auf ihre Wirksamkeit hin überprüfte Behandlungsverfahren vor. Kernelemente sind die Konfrontation mit den Erinnerungen an das traumatische Erlebnis sowie die Restrukturierung kritischer Kognitionen. Ziel der Behandlung kann nicht sein, daß der Patient keine Erinnerungen und Gedanken an das traumatische Ereignis hat – obwohl zu Beginn der Intervention viele Patienten dieses Therapieziel äußern (im Sinne von „Helfen Sie mir dabei, alles zu vergessen!“). Ziel ist vielmehr, daß der Patient die Erinnerungen nicht mehr als so bedrohlich und belastend erlebt, und den Patienten dabei zu unterstützen, den Teufelskreis der Vermeidung zu durchbrechen.

Im Gegensatz zu anderen Angststörungen beziehen sich Furcht und Angst bei der PTB auf tatsächlich sehr bedrohliche Ereignisse – daher ist es von

Bedeutung, gemeinsam mit den Patienten zu einer angemessenen Einschätzung möglicher zukünftiger Risiken zu kommen.

Auch zur Prävention der Entwicklung einer posttraumatischen Symptomatik nach Traumatisierung liegen nun erste Ergebnisse vor, die Hinweise auf die Wirksamkeit einer vergleichsweise kurzen verhaltenstherapeutisch-kognitiven Intervention liefern (vgl. Foa, Hearst-Ikeda & Perry, 1995). Diese folgt im wesentlichen den oben dargestellten Behandlungsprinzipien. Hauptbestandteile der Intervention sind die kognitive Restrukturierung kritischer Einstellung und Kognitionen zum Erlebten und die Konfrontation in sensu mit den traumatischen Erinnerungen. Eine kurze präventive Intervention kann möglicherweise einer Chronifizierung der Symptomatik vorbeugen und die Lebensqualität Betroffener in den ersten Monaten nach einem Trauma erheblich verbessern. Die Forschung zu Risikofaktoren der Entwicklung einer PTB könnte dazu beitragen, diese prophylaktischen Interventionen besonders ökonomisch einzusetzen.

## Literatur

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Psychologie Verlags Union, Urban & Schwarzenberg.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216–222.
- Burstein, A. (1986a). Can monetary compensation influence the course of a disorder? *American Journal of Psychiatry*, 143, 112.
- Burstein, A. (1986b). Treatment of Noncompliance in patients with PTSD. *Psychosomatics*, 27, 37–40.
- Chemtob, C., Roitblat, H. L., Hamada, R.S., Carlson, J.G. & Twentyman, C.T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253–275.
- Ehlers, A. & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in Posttraumatic Stress Disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217–249.
- Ehlers, A., Steil, R., Winter, H. & Foa (1996). *Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Foa, E.B. (1995). *Posttraumatic Diagnostic Scale*. Microtest Q Assessment System.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Massie, E.D. & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Therapy*, 25, 487–499.
- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D. & Perry, K.J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-be-

- havioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948–955.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. & Murdock, T. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape-victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715–723.
- Foa, E.B., Steketee, G. & Rothbaum, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.
- Jordan, R.G., Nunley, T.V. & Cook, R.R. (1992). Symptom exaggeration in a PTSD inpatient population: Response set of claim for compensation. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 633–642.
- Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., Zimering, R.T. & Bender, M.E. (1985). A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in vietnam veterans. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (pp. 257–294). New York: Brunner/Mazel.
- Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M. & Zimering, R.T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam Combat Veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245–260.
- Keane, T.M., Zimering, R.T. & Caddell, R.T. (1985). A behavioral formulation of PTSD in Vietnam Veterans. *Behavior Therapist*, 8, 9–12.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity sample. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J. & Best, C.L. (1985). Factors predicting psychological stress among rape victims. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its Wake* (pp. 113–141). New York: Brunner/Mazel.
- Maercker, A. (1997). Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforchung. In A. Maercker (Hrsg), *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer, S. 3–50.
- March, J.S. (1990). Sleep disturbance in PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1697–1698.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning – a re-interpretation of „conditioning“ and „problem-solving“. *Harvard Educational Review*, 17, 102–148.
- Nishith, P. & Resick, P.A. (1997). Kognitive Verarbeitungstherapie für Opfer sexuellen Mißbrauches. In A. Maercker (Hrsg), *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer, S. 193–228.
- Quirk, D.A. (1985). Motor vehicle accidents and post-traumatic anxiety conditioning. *Ontario Psychologist*, 17, 11–18.
- Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756.
- Roca, R.P., Spence, R.J. & Munster, A.M. (1992). Posttraumatic adaption and distress among adult burn survivors. *American Journal of Psychiatry*, 119, 1231–1238.
- Rothbaum, B.O. & Foa, E.B. (1997). Kognitive Verhaltenstherapie für posttraumatische Belastungsstörungen. Formen und Wirksamkeit. In A. Maercker (Hrsg), *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer, S. 103–122.
- Schützwohl, M. (1997). Diagnostik und Differentialdiagnostik. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer, S. 75–102.

- Smith, E.M., North, C.S., McCool, R.E. & Shea, J.M. (1990). Acute postdisaster psychiatric disorders: Identification of persons at risk. *American Journal of Psychiatry*, 147, 202–206.
- Steil, R. & Ehlers, A. (1998). Posttraumatische Belastungsstörung. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe, S. 155–182.
- Steil, R., Ehlers, A. & Clark, D.M. (1997). Kognitive Aspekte bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. In A. Maercker (Hrsg). *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer. S.123–144.
- Ursano, R.J. & McCarroll, J.E. (1990). The nature of traumatic stressor: Handling dead bodies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 396–398.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization, WHO (1991). *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioral Disorders*. Genf: WHO.



## Kapitel 5

# Zwangsstörung

Hans Reinecker, Bamberg

Bis vor wenigen Jahren galt die Zwangsstörung als ausgesprochen seltene psychische Störung; gewissermaßen als Nebenprodukt bei der epidemiologischen Erfassung von Angststörungen zeigt sich jedoch, daß Zwänge mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 1–2 % ein echtes Versorgungsproblem darstellen (Weissmann, 1985; Rasmussen & Tsuang, 1986; Rasmussen & Eisen, 1992). Die deutliche Unterschätzung der Prävalenzrate dürfte mit mehreren Gesichtspunkten zusammenhängen: Bei Zwängen zeigt sich eine hohe Tendenz zur Verheimlichung – Patientinnen und Patienten kommen erst Jahre nach dem Beginn der Störung zur Behandlung, was mit den schlechten Behandlungsaussichten zusammenhängen mag. Zwangsstörungen standen lange Zeit am Rande therapeutischer Behandlungsmöglichkeiten und fanden vielleicht auch deshalb wenig Beachtung. Die geringe Behandlungseffektivität galt gleichermaßen für pharmakologische und psychotherapeutische Bemühungen: Es ist sinnlos, sein Problem preiszugeben und eine Behandlung anzuvisieren, wenn diese wenig erfolgversprechend ist.

Gerade mit der Entwicklung verhaltenstherapeutischer Behandlungsstrategien haben sich die Chancen für Patienten mit Zwängen deutlich verbessert:

Zwänge stellen noch immer eine echte Herausforderung für Theoretiker und Therapeuten dar (Reinecker, 1992). Mißerfolge, Rückschläge und schwierige Episoden in der Behandlung sind gerade bei Zwangspatienten nicht ungewöhnlich. Dennoch kann bei den meisten Patienten mit Zwängen zumindest eine Verbesserung des Zustandes erreicht werden (Marks, 1987). Eine fundierte Kenntnis theoretischer Grundlagen, des klinischen Erscheinungsbildes und der effizienten klinischen Strategien ist für den Umgang mit Zwangspatienten unerlässlich. In diesem Abschnitt wird exemplarisch der in vielfacher Hinsicht typische Fall eines Patienten vorgestellt; das therapeutische Vorgehen wird nur angerissen, konkrete Behandlungsmöglichkeiten sind an anderer Stelle ausführlich dargestellt (Reinecker, 1994).

### *Angaben zur Person*

Herr F. ist zu Beginn der Therapie 27 Jahre alt, verheiratet, hat ein Kind (5 Jahre); er wuchs mit einer älteren Schwester und einem jüngeren Bruder in einem kleinen Ort auf. Seinen Vater schilderte er als äußerst autoritär, allerdings sehr sprunghaft und fallweise auch „herzensgut“. Die Mutter litt etwa im Alter des Patienten offenbar ebenfalls an einer psychischen Störung – der Patient bezeichnet sie als „Depression“ – die jedoch im Wege der Selbsthilfe überwunden werden konnte. Durch den massiven Alkoholkonsum des Vaters war das familiäre Klima stets äußerst belastet; in finanziell-wirtschaftlicher Hinsicht stand und steht der mittelständische Betrieb des Vaters – den der Patient übernehmen sollte und im Prinzip auch wollte – immer wieder am Rande des Ruins.

Nach Abschluß der Schule absolvierte Herr F. eine Ausbildung zum Kfz-Mechaniker; er interessiert sich in höchstem Maße für Motorräder und baut dieses Hobby weiter aus. Seine gesamte Freizeit verwendet er darauf, Motorrad und Motorrad-Rennen zu fahren. In die Lehrzeit fällt eine Hungerkur (ca. 10 kg Reduktion), Herr F. wird nervös, unkonzentriert und nach einigen Stürzen beim Motorrad-Rennen gibt er den Rennsport auf, behält aber seine große Vorliebe für schnelle Motorräder.

Herr F. kennt seine Frau aus der Schulzeit, beide sind seither (mit kleinen Unterbrechungen) befreundet. Mit Unterstützung seiner Frau und unter größten Anstrengungen und finanziellen Entbehrungen hat Herr F. den Bau seines Hauses fertiggestellt. Er ist zu Beginn der Therapie als Kraftfahrer (schwere LKWs) beschäftigt, muß diesen Beruf aber aufgrund seiner Zwänge aufgeben. Sein berufliches Ziel besteht nach wie vor – wenn auch mit großer Ambivalenz – darin, den elterlichen Betrieb vor dem Niedergang zu retten und zu übernehmen.

Der Patient war zunächst längere Zeit bei seinem Hausarzt und kurzfristig bei einem Facharzt für Neurologie in medikamentöser Behandlung. Nach etwas mehr als einem Jahr der Behandlung schickte ihn der Hausarzt zu mir (er kannte mich von früheren Patienten her). Zu Beginn der Therapie ist Herr F. krankgeschrieben, er kann seinen Beruf der Zwänge wegen (insbesondere Kontrollzwänge) nicht mehr ausführen und erwartet sich von der Therapie Hilfe. Als bedeutsames Moment ist noch anzuführen, daß Herr F. von seiner Frau zur Therapie begleitet wird, da er selbst nicht in der Lage wäre, die längere Strecke (ca. 1 Fahrstunde) mit dem Auto zurückzulegen.

## 1 Beschreibung der Störung

Herr F. leidet seit ca. 1 ½ Jahren unter multiplen Zwängen; er selbst schildert den Beginn seiner Zwänge als ganz plötzlich: in der Phase der Fertigstellung des Hauses verließ er abends die Baustelle und wollte eine provisorische Türe mit einem Schloß versperren. Dabei hatte er den Eindruck, die Tür lasse sich nicht richtig schließen, sie sei irgendwie „verspannt“. Herr F. übertrug dieses Gefühl auf sich selbst, fühlte sich ebenfalls verspannt, unruhig und nervös.

Von diesem Zeitpunkt an belasteten ihn Gedanken und Gefühle, daß etwas nicht richtig gemacht sei in einer Vielzahl von Situationen, z. B. beim Autofahren, beim Gang durch den Wald, bei der Betrachtung einzelner Teile seines Hauses (Dachboden, Garten, Fußboden, Elektroinstallationen . . .). Besonders störend sind für den Patienten kleinste Gegenstände im Haus oder auf der Kleidung („Fusseln“), die er sofort zu beseitigen versucht, was ihm aber nur sehr schwer gelingt, „weil die Gedanken daran hängen bleiben . . .!“ Deswegen muß ihm seine Frau dabei helfen, die Kleinigkeiten zu beseitigen. Zusätzlich zu diesen konkreten Zwängen kamen die Gefühle der Unsicherheit hinsichtlich der Vaterschaft seines Kindes hinzu, und Herr F. begann, seine Frau mit Szenen der Eifersucht zu quälen. Themen der Verantwortung und Schuld spielten eine immer größere Rolle, zum Teil im Zusammenhang mit dem Tod von Bekannten, die der Patient noch kurz vorher gesehen hatte; zufällige Situationen (z. B. Richtung der Schuhe auf das Haus des Verstorbenen; ein zufällig gesprochener Satz des Patienten mit dem Sohn des Toten . . .) lösten quälende Überlegungen über seine (Mit-) Schuld aus; diese Gedanken erkannte der Patient zwar im Prinzip als sinnlos, sie beschäftigten ihn jedoch äußerst intensiv und trugen zu seiner Unruhe und Anspannung bei.

Die Beschwerden des Patienten ergeben – festgehalten auf den unterschiedlichen Manifestationsebenen – folgendes Bild:

### Verhaltensebene ( $\alpha$ )

Der Patient kontrolliert z. B. Lichtschalter, Schlösser, Autoradio, Autotüren etc. äußerst häufig. Zur **Kontrolle** der oben genannten „Fusseln“ hat er mehrfach den Estrich seines Hauses oder auch Lichtleitungen aufgestemmt, seinen Garten umgegraben usw. Beim Autofahren – zum Teil auch mit einem großen LKW – kehrt er mehrfach um und kontrolliert die Strecke, ob er jemanden angefahren hat und ob auch sonst nichts passiert ist (Verletzung eines Baumes am Rand eines Waldweges . . .). Beim Baden,

Waschen und Rasieren benötigt er sehr viel Zeit und verbraucht eine Menge an Handtüchern, die ihm von seiner Frau gereicht werden.

### Gedankliche Ebene ( $\beta$ )

Der Patient leidet unter **aufdringlichen Gedanken** und hat größte Angst, diese Gedanken nicht los zu werden. Gedanken, daß etwas nicht in Ordnung sei und der Kontrolle und Richtigstellung bedürfe, behindern ihn in der alltäglichen Lebensführung. Herr F. wird auch von dem Gedanken geplagt, er könnte etwas vergessen, verloren oder liegengelassen haben, was anderen möglicherweise Schaden zufügte.

So ist es ihm beispielsweise nicht möglich, spazieren oder in den Wald zu gehen, weil von seinen Schuhen oder Stiefeln kleinste Teile auf dem Weg liegen bleiben könnten; der Gedanke an solche „verlorenen“ Teile läßt ihn nicht los und beeinflußt sowohl seine Stimmung (s. unten,  $\gamma$ -Ebene) als auch sein Vermeidungsverhalten,  $\alpha$ -Ebene). Der Patient vermag selbst nicht präzise anzugeben, was an den „Fusseln“, an der Unordnung oder an seinem Gedanken so schlimm wäre – das Gefühl selbst ist ihm sehr unangenehm, und er versucht, diese Situation zu vermeiden oder aktiv zu beenden.

### Physiologisch-emotionale Ebene ( $\gamma$ )

Der Patient fühlt sich „wie von einem Gummiband gezogen“, die einzelnen Wasch- und Kontrollhandlungen auszuführen. Als charakteristische **Emotionen** schildert der Patient Angst, Unruhe, Ärger, Anspannung, die ihn nicht loslassen, bis er ein spezielles Ritual durchgeführt hat. Die in solchen Fällen typische Erregung und Unruhe wird von Rachman & Hodgson (1980) als „anxiety/discomfort“ bezeichnet; dabei steht offenbar nicht so sehr ein spezielles Gefühl der **Angst** im Mittelpunkt, sondern Anspannung, Unruhe, Ärger, Niedergeschlagenheit etc.

Die *Intensität* der Beschwerden hat im vergangenen Jahr stark zugenommen: Anfangs konnte der Patient seinen Beruf noch ausüben, mit der Zunahme der Kontrollen (mehrfaches Abfahren eines Weges ...) wurde dies bald unmöglich. Der Patient erkannte selbst die objektive Gefährlichkeit seiner Kontrollen, z. B. wenn er einen mit Baumstämmen beladenen LKW mit Anhänger auf einer kleinen Straße zu wenden versuchte, um noch einmal zurückzufahren. Seit rund einem halben Jahr ist der Patient nicht mehr fähig, seinen Beruf auszuüben; er hat in der Zwischenzeit eine Reihe klei-

nerer Arbeiten an seinem Haus begonnen, z. B. den Ausbau des Kellers, der Garage etc., aber auch diese Tätigkeit ist wegen unzähliger Kontrollen praktisch nicht mehr möglich. Gegenwärtig sitzt der Patient oft fast teilnahmslos in einem Stuhl im Wohnzimmer und versucht sich möglichst wenig zu bewegen, „damit ich nur ja nichts Falsches tun kann“.

Die Zwänge des Patienten sind durchaus verschiedenen *Oszillationen* und *Schwankungen* unterworfen: Bei der Konzentration auf interessante Tätigkeiten treten die Zwänge deutlich in den Hintergrund; für kurzfristige Besserungen macht der Patient u. a. Wetterbedingungen (z. B. Sonnenschein, Wärme . . .) verantwortlich. Unfreundliches, kaltes Wetter (wie zu Beginn der Therapie) beeinträchtigt nicht nur seine Stimmung, sondern belastet ihn auch im Bereich der Zwangshandlungen und Zwangsgedanken deutlich stärker.

## Der Weg des Patienten zur Therapie

Der Patient wird von seiner Frau zu einem Erstgesprächs-Termin angemeldet; den Hinweis zur Möglichkeit einer Therapie hatte der Patient von einem sehr verständnisvollen Hausarzt erhalten, der durch Kontakte mit klinischen Psychologen über die Problematik von Zwängen Bescheid wußte und dem eine psychotherapeutische Behandlung äußerst zielführend erschien. Ohne diese direkte Überweisung wäre der Patient wohl viele Jahre – wie bei psychischen Störungen im ländlichen Gebiet und insbesondere bei Zwangspatienten üblich – ohne Chance auf eine psychotherapeutische Behandlung geblieben.

Der Patient erschien zusammen mit seiner Frau zur Therapie; beide wünschten, daß die Frau bei den Sitzungen anwesend sein sollte. Die Erwartungen des Patienten waren zunächst sehr unspezifisch und gingen in Richtung einer Unterstützung bei der Bewältigung seiner Ängste und Zwänge. Der Patient hatte in gewisser Weise ein Modell vor Augen: Seine Mutter hatte ihm erzählt, daß sie – etwa im jetzigen Alter des Patienten – ebenfalls unter „Ängsten und Depressionen“ (genauer war nicht zu explorieren) gelitten habe. Durch intensive „Arbeit an sich selbst“ hätte sie diese schwierige Phase überwinden können.

Als Stärken und Verhaltensaktiva des Patienten sind sportliche Interessen und Aktivitäten ebenso anzuführen wie die soziale Einbindung des Patienten in einen Freundeskreis. Der Patient fühlt sich im Kreise seiner Familie äußerst wohl, für den Bau seines Hauses hatte er sehr viel Zeit und Energie investiert. Bis auf die mit der Störung zusammenhängende Eifersucht des Patienten erscheint die Beziehung zu seiner Frau ausgesprochen gut und

belastbar, ähnliches gilt für den Kontakt zu seinem Sohn. Der Behandlungswunsch des Patienten hängt u. a. damit zusammen, daß er seinem Sohn ein „gesundes“ Familienleben und günstige Bedingungen für das Heranwachsen bieten möchte.

## 2 Differentialdiagnostik

Bei Herrn F. können die Kriterien für das Vorliegen einer Zwangsstörung relativ rasch geklärt werden:

Der Patient leidet unter aufdringlichen Gedanken, die ihn nicht loslassen, bis bestimmte Dinge kontrolliert, verändert, gewaschen etc. sind. Er schildert den Drang als von *innen* kommend und hat *klare Einsicht* in die Sinnlosigkeit seiner Gedanken und Handlungen (Abgrenzung zur schizophrenen Symptomatik). So ist ihm beispielsweise völlig bewußt, daß seine Unordnung, Schmutz, „Fusseln“ etc. betreffenden Gedanken unsinnig sind. Er weiß, er müßte nicht waschen, kontrollieren usw., aber das „Gummi-band“ zieht ihn zurück, er hält die Unruhe nicht aus, bis er verschiedene Kontrollen durchgeführt hat. Dabei leistet er selbst intensiven *Widerstand*, sagt sich selbst: „Es ist egal, wenn etwas nicht in Ordnung ist . . .“; dieser Widerstand funktioniert aber nur bis zu einem gewissen Grad.

Zur Datenerhebung und zur differentialdiagnostischen Abgrenzung wurden mit dem Patienten eine Reihe standardisierter Erhebungen durchgeführt:

- |         |                                                                                                                                                                                                                |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FLG     | Fragebogen zur Lebensgeschichte                                                                                                                                                                                |
| FSS III | Angstfragebogen zur Abklärung der phobischen Problematik (ohne auffälligen Befund)                                                                                                                             |
| LOI     | Leyton Obsessional Inventory (Cooper, 1970), insbesondere zur Erfassung der Zwangsgedanken                                                                                                                     |
| MOC     | Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (Hodgson & Rachman, 1977), insbesondere zur Erfassung von Zwangshandlungen. Beide Fragebögen wurden itemweise ausgewertet und mit dem Patienten zusammen präzisiert. |
| PF      | Problemfragebogen: Allgemeines Screening weiterer Problembe-<br>reiche                                                                                                                                         |
| BDI     | Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961). Zur Abklärung der depressiven Komponente (Wert: 12), die dann jedoch nicht mehr im Zentrum des therapeutischen Vorgehens steht.                                 |

### 3 Erklärung/Theoretisches Modell

Für die Entstehung der Zwänge bei Herrn F. kann auf eine Reihe von prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen zurückgegriffen werden (vgl. Bastine, 1984; Becker, 1984).

Den ätiologischen *Hintergrund* im Sinne von prädisponierenden Faktoren bildeten vermutlich folgende Konstellationen:

Zum ersten müssen genetische Vulnerabilitäten (siehe Mutter) angeführt werden, wie bei vielen Patienten mit Zwängen zu finden. In engem Zusammenhang mit diesen Vulnerabilitäten ist der Alkoholismus des Vaters zu sehen, der beim Patienten zu andauernder Verunsicherung und Belastung führt.

Die genetische Disposition darf man sich nicht als direkte Vererbung zwanghafter Gedanken und Handlungen vorstellen. Auffällig ist aber, daß bei Verwandten ersten Grades in vielen Fällen verschiedene Formen psychischer Störungen gefunden werden (vor allem Ängste und depressive Störungen). Die Kombination einer genetischen Vulnerabilität mit belastenden Milieu-Einflüssen bildet dann gewissermaßen den Nährboden für die Ausformung einer psychischen Störung.

Als direkte *Auslöser* müssen ebenfalls Faktoren aus unterschiedlichen Ebenen angeführt werden:

Der Patient war durch seinen bereits belastenden Beruf und den Hausbau in den vergangenen Jahren dauerhaft überbelastet; hinzu kamen die chronischen und emotional belastenden Dauerkonflikte mit der Primärfamilie, die für den Patienten auch wegen der örtlichen und finanziellen Abhängigkeit emotional höchst angespannt waren.

Auf somatischer Ebene ist eine Hungerkur des Patienten zu erwähnen, die zu Nervosität und Reizbarkeit geführt hatte; die Verunsicherung durch mehrere Motorradunfälle zwang den Patienten zur Aufgabe eines für ihn äußerst wichtigen Lebensbereichs. Den Ausbruch des Zwanges in der Phase der Fertigstellung des Hauses kann man als Erschöpfungsreaktion (Mikro-Ebene) ebenso wie als neues Reaktionsmuster zur persönlichen Stabilisierung beim Wegfall konkreter Aufgaben (Makro-Ebene) ansehen.

Bemerkenswert ist bei Herrn F., daß nicht so sehr traumatische Belastungen im Sinne von kritischen Lebensereignissen die Rolle direkter Auslöser der Zwangsstörung einnehmen, was jedoch nicht gegen eine Komponente (erster Faktor im Zwei-Faktoren-Modell von Mowrer, 1947) der klassischen Konditionierung spricht. Als Belastungen hat man sich weniger spezielle und einmalige Traumata (Unfälle ...) vorzustellen; eine besondere

Bedeutung spielen vielmehr chronische Belastungen im Sinne von Konflikten (siehe Dollard & Miller, 1950), die für einen Patienten große emotionale **Bedeutung** haben, die von ihm aber über lange Zeit hinweg keiner Lösung nähergeführt werden können. Aus theoretischen Überlegungen zu Zwangsstörungen ist bekannt, daß der Kombination von Gefühlen der Verantwortung mit der Erfahrung eigener Hilflosigkeit speziell im Kontext der Entstehung größte Bedeutsamkeit zukommt (Salkovskis, 1996; Reinecker, 1994). Bei Herrn F. ist eine solche Konstellation in geradezu klassischer Weise durch seine Verantwortung hinsichtlich der Übernahme des elterlichen Betriebs (die Bedeutsamkeit ergibt sich schon durch finanzielle Aspekte), sowie durch die dauernde Erfahrung der Ineffektivität eigenen Handelns gegeben (s. Konflikte in der Familie . . .). Die mit solch chronischen Konflikten erlebte massive *Unsicherheit* des Patienten führt möglicherweise ganz *spezifisch* zur Durchführung von kognitiven Ritualen auf Handlungsebene, die dem Patienten zumindest eine gewisse Stabilität und Sicherheit vermitteln.

Die *Aufrechterhaltung* der Zwänge (und vor allem deren Stabilisierung innerhalb eines Jahres) läßt sich durch den bekannten Zyklus der aktiven *Vermeidung* im Sinne einer Verkettung von Zwangs-Gedanken und dem Versuch zur Neutralisierung relativ gut erklären (vgl. Salkovskis, 1989; Reinecker, 1994). Dabei kann man sich den Ablauf der Zwangs-Gedanken und Zwangs-Handlungen nach folgendem Schema vorstellen (vgl. Abb. 1):

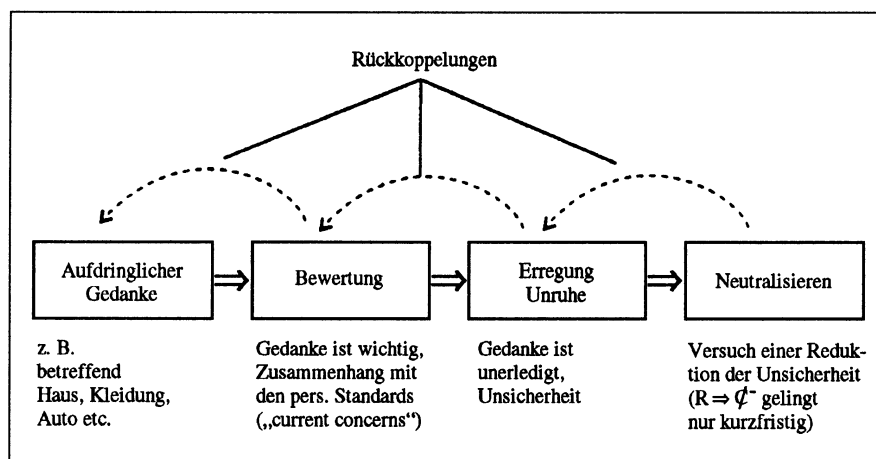


Abbildung 1: Schematischer Ablauf von Zwangsgedanken, Zwangshandlungen und dem Versuch zu Neutralisieren

Den Ablauf der Zwangsproblematik bei Herrn F. hat man sich eingebettet in ein System persönlicher Verantwortung, spezieller Unsicherheiten und



eine Stabilisierung des Zwanges durch Vermeidung und Kritik vorzustellen: Bestimmte Themen des gedanklichen Ablaufs besitzen für Herrn F. große Bedeutung (z. B. Abgrenzung vom Vater; Umgang mit Aggression ...). Die Unsicherheit spielt wohl bei allen Zwangspatienten eine Art Schlüsselrolle und der Patient versucht, durch Zwangsrituale Sicherheit (auf Mikro- und Makro-Ebene) herzustellen. Das Thema des Umgangs mit Unsicherheit wird im Bereich der Therapie (siehe unten) immer wieder höchst bedeutsam.

Vermeidungsrituale spielen ähnlich wie bei Ängsten die Rolle einer kurzfristigen Angstreduktion: Die Ausführung der Zwangsrituale (Neutralisieren) enthebt den Patienten kurzfristig seiner Unsicherheit und reduziert seine Anspannung, Angst und Unruhe. Ähnlich wie bei einem Zweiphasenmodell der Abhängigkeiten führt die Neutralisierung jedoch bei Patienten langfristig zu einem Anstieg von Unruhe (weil es völlige Sicherheit nie geben kann): Dies begünstigt in einer Phase früher Problemlösung (allgemeinpsychologisch gesehen völlig sinnvoll und wichtig) die gedankliche Beschäftigung mit einem wichtigen Thema, nämlich einem neuen aufdringlichen Gedanken usw.

Bei der Betrachtung theoretischer Modelle von Zwängen ist inzwischen deutlich geworden, daß ein reines Angst-Reduktions-Modell unzureichend ist; die Faszination des Zwangssyndroms für Kliniker – aber auch die Schwierigkeit für die therapeutische Behandlung – besteht in einer komplexen Vernetzung von verschiedenen Ebenen, nämlich von Verhaltensmustern (z. T. automatisiert), von gedanklichen Prozessen und von emotional-physiologischen Abläufen (vgl. dazu Zwänge als emotionale Netzwerke, siehe Foa & Kozak, 1986; Lang, 1985, 1986; Kanfer, Reinecker & Schmeltzer, 1996).

Für das spätere therapeutische Vorgehen ist es ausgesprochen bedeutsam, dem Patienten gegenüber das theoretische Modell zu erklären, es ihm möglichst plausibel zu vermitteln. Gerade psychoanalytische Autoren (Thomae & Kächele, 1985, 1988) betonen die Rolle der Einsicht eines Patienten in die Logik und Dynamik von Motiven, Gedanken und Handlungen als zentrale Ziele des therapeutischen Vorgehens. Einsicht und Transparenz gehören zur Maxime von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Strategien, speziell unter dem Gesichtspunkt des Selbstmanagements des Patienten (Kanfer et al., 1996). Ein Vorzug des klassisch-verhaltenstherapeutischen Vorgehens besteht darin, daß zusätzlich zur Einsicht der Aspekt des Übens, der Veränderung konkreten Verhaltens in Alltagssituationen, eingebaut wird: Zur Stabilisierung der neuen Einsicht kommt es erst dann, wenn der Patient in konkretem Verhalten erlebt, daß er Unsicherheit auch ertragen

kann, daß es aber nicht notwendig ist, sich auf die trügerische Pseudosicherheit durch die Zwangsrituale zu verlassen.

Die in verschiedenen theoretischen Modellen von Zwängen geltend gemachten Themen der Schuld, der Verantwortlichkeit, der Aggressivität und Sexualität werden ebenfalls bei der Klärung der Zwangsrituale von Herrn F. deutlich: In Phasen der Verunsicherung bilden zufällige situative Merkmale (z. B. Richtung der Schuhe auf das Grab eines Bekannten; eine zufällig geäußerte Bemerkung seiner Frau über einen Arbeitskollegen ...) für den Patienten einen Hinweis auf seine Verantwortung (z. B. Schuld am Tod des Bekannten; Unsicherheit über Vaterschaft ...).

Besonders zu beachten sind zwei Komponenten innerhalb dieses belief-systems von Zwangspatienten (Arntz, 1992): So überschätzt der Patient sowohl die Wahrscheinlichkeit, daß ein bestimmtes Ereignis eintritt, als auch die Problematik eines unerwünschten Ergebnisses. Im Sinne der Multiplikation einer zwar geringen Wahrscheinlichkeit mit einem traumatischen Ergebnis ist die *Angst* und *Verunsicherung* des Patienten erklärbar (und somit ebenso sein aktiver Versuch, Sicherheit und Stabilität herzustellen). Für Herrn F. heißt dies, daß er zum einen die – durchaus vorhandene, aber sehr kleine – Wahrscheinlichkeit überschätzt, jemanden mit seinem LKW gefährdet oder behindert zu haben. Zum unlösbaren Problem wird die Situation für ihn durch die Kombination mit dem befürchteten Ergebnis, daß es nämlich eine Katastrophe darstelle, wenn er jemanden gefährdet habe, daß er polizeilich und gerichtlich verfolgt werde, ins Gefängnis müsse usw.

Im Grunde könnte man sagen, daß bei Zwangspatienten die *Alltagslogik*, daß nämlich verschiedene Kontrollen und Rituale sinnvoll und stabilisierend sind, in einer gewissen Weise „entgleist“ ist: Rituale und Stereotypen erleichtern das Alltagsleben, indem wir uns in verschiedenen Situationen nicht jedes Mal neuen Entscheidungen (und damit Verunsicherungen) stellen müssen; bei *Zwangspatienten* wird die unerträgliche Unsicherheit zum zentralen handlungsleitenden Motiv: Um der sehr aversiven Unsicherheit gänzlich aus dem Wege zu gehen, werden stabilisierende, Unsicherheit reduzierende Handlungs- und gedankliche Rituale geäußert.

## 4 Interventionsprinzip

Das Prinzip bei der Behandlung von Zwängen besteht in der Auseinandersetzung mit den Situationen, die für den Patienten große Schwierigkeiten bilden; im gleichen Atemzug ist anzuführen, daß der Patient für diese

Schwierigkeiten effiziente Bewältigungsstrategien im Sinne von alternativen gedanklichen und Verhaltensmustern erlernen sollte.

In Weiterführung des oben angeführten theoretischen Ablaufmodells (Salkovskis, 1989) besteht die Aufgabe des Patienten darin, sich mit aufdringlichen Gedanken und Handlungen zu *konfrontieren*, während die Ausführung von neutralisierenden Ritualen konsequent *verhindert* wird (Exposition und Reaktionsverhinderung, vgl. Marks, 1987; Hand, 1992). Dem Patienten gegenüber läßt sich dieser Zusammenhang anhand folgender Skizze verdeutlichen:

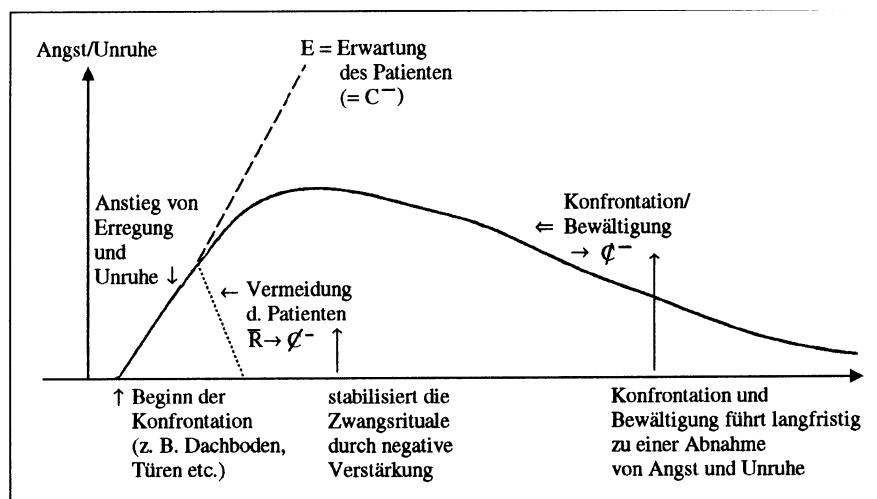


Abbildung 2: Prinzipieller Verlauf von Angst und Unruhe bei Vermeidung bzw. Konfrontation und Reaktionsverhinderung

In der konkreten Auseinandersetzung mit „schwierigen“ Situationen lernt der Patient den Umgang mit *Unsicherheit*: Er erlebt, daß eine Bewältigung seiner Ängste und Befürchtungen nicht durch Vermeidungsstrategien, sondern in einem schrittweisen Ertragen von Unsicherheit erfolgen muß. Dies verlangt vom Patienten einen Wechsel der Perspektive, der durch plausible Erklärungen, die Unterstützung von Seiten des Therapeuten und das eigene Erleben in konkreten Übungen erleichtert werden kann.

Die Durchführung der Therapie fand im Anschluß an die Verhaltens- und Ziel-Analyse und nach einer Besprechung des praktischen Vorgehens (Motivation etc.) zu einem Großteil im häuslichen Setting des Patienten statt: Zunächst sollte Herr F. kleine Übungen festlegen, die er *zwischen* den Sitzungen für realisierbar hielt (z. B. Zusammenbauen verschiedener Möbelstücke ...). Mehrere Übungen fanden dann beim Patienten zu Hause unter

Anweisung und Anleitung (zum Teil auch Modell!) des Therapeuten statt („home based treatment“). Hier wurden vor allem Übungen realisiert, an die sich der Patient allein noch nicht heranwagte, z. B. Übungen auf dem Dachboden, Berühren des Isoliermaterials, Sitzen auf dem Fußboden, Verteilung der „Fusseln“ auf die Kleidung usw. Diese und ähnliche Übungen, z. B. Veränderung der Richtung der Schuhe im Hausflur; Absperren des Autos; Lichtschalter; Berühren des Altglasbehälters ... wurden im Laufe von mehreren halbtägigen Sitzungen mit dem Patienten so oft und so lange durchgeführt, bis der Patient eine deutliche Erleichterung zu erkennen gab.

Derartige Übungen konnte der Patient zwischen den Sitzungen allein durchführen (z. B. auch Kleidung anbehalten bis zur nächsten Sitzung am Therapieort; Verzicht auf Waschen etc.). Die Unterstützung seitens der Frau des Patienten erwies sich dabei als äußerst hilfreich: Wenn der Patient sich durch Rückfragen bei seiner Frau versichern wollte, konnte sie durch eine besprochene Standardantwort die Verantwortung an den Patienten zurückgeben (z. B. Herr F.: „Bin ich sauber ...?“ „Sollte ich nicht doch noch einmal ein frisches Handtuch benutzen?“ – Frau F.: „Du weißt, wir hatten es besprochen, Du solltest dies selbst entscheiden ...“).

## Therapieverlauf

Nach insgesamt 15 – zum Teil mehrstündigen – Sitzungen und entsprechenden Übungen des Patienten zu Hause konnte nach knapp drei Monaten eine deutliche Besserung erreicht werden: Fusseln, Waschen, Autofahren, Kontrollen etc. waren so unproblematisch, daß sich Herr F. wieder in der Lage fühlte, eine Arbeit anzunehmen.

Unglücklicherweise meinte Herr F., daß die Arbeit bei seinem Vater eine ideale Lösung darstellte. In dieser Situation taten sich in den folgenden 5 Monaten so gut wie alle alten Konflikte wieder auf, und der Patient erlebte einen deutlichen Rückschlag. Anzahl und Dichte der Therapiestunden waren wegen der Berufstätigkeit des Patienten reduziert worden. Nach dieser Phase der Verschlechterung kündigte Herr F. bei seinem Vater und nahm eine andere Arbeitsstelle an. Er bat erneut um eine neuerliche intensivere Phase der Therapie, innerhalb deren wieder deutliche Fortschritte erzielt werden konnten. Insgesamt dauerte die Therapie etwas länger als 1 Jahr, mit 31 Therapiesitzungen (einige davon mehrstündig wegen der Konfrontation und Reaktionsverhinderung).

Eine medikamentöse Behandlung spielte bei Herrn F. in der Therapiephase keine Rolle: Vor der Therapie hatte er durch einen Nervenarzt ein Antidepressivum verschrieben bekommen. In der ärztlichen Versorgungspraxis

werden Patienten mit Zwängen ganz unterschiedliche Typen von Medikamenten verschrieben, da es ein direkt auf die Zwangsproblematik wirkendes Präparat nicht gibt. In der Anfangsphase der Therapie stellen sich allerdings trizyklische Antidepressiva und Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer gelegentlich durchaus als hilfreich heraus (vgl. Goodman, 1992). Beim Absetzen der Medikation ist mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Rückfall zu erwarten, wenn der Patient nicht gelernt hat, sich eigenständig und aktiv mit seiner Problematik auseinanderzusetzen. Fragen der Kombination von medikamentöser Therapie und Psychotherapie sind u. a. wegen ideologischer und berufspolitischer Kontroversen weitgehend ungeklärt.

Im Follow-up (½ Jahr) zeigten sich die Besserungen als stabil, der Patient selbst sprach von einer Veränderung seiner Einstellungen gegenüber seiner Familie, der Arbeit, dem Freizeitbereich und dem Genußerleben. Auf die Frage, ob er sich nun wieder völlig *normal* fühle, ob die einzelnen damals schwierigen Situationen für ihn mittlerweile völlig unproblematisch seien, meint Herr F., daß dies insofern nicht der Fall sei, als verschiedene *Gedanken* ihn in vielen Situationen durchaus noch beunruhigten, was bei der Behandlung von Zwangsstörungen keineswegs ungewöhnlich ist: Situationen haben für den Patienten vor dem Hintergrund ihrer Biographie und ihrer Pathologie eine spezifische *Bedeutung*; erfreulich ist allerdings, daß die meisten Patienten lernen können, mit den für sie schwierigen Situationen umzugehen. Herr F. brachte diese Erfahrung in der Follow-up-Besprechung mit einem Satz auf den Punkt, den ich inzwischen auch Patienten gegenüber gerne zitiere: „Ich habe in der Therapie zwei Dinge gelernt: Erstens, ich *kann* etwas *tun*, um meine Zwänge zu bewältigen und zweitens, ich *muß* etwas *tun*, damit ich eine Besserung erreiche!“

## 5 Resümee

Die Behandlung von Zwängen ist, wie bereits erwähnt, eine große Herausforderung für Theorie und Praxis. Gerade die Tatsache einer oft unvollständigen Besserung hat zu vielen Vermutungen über das Thema der „zwanghaften Persönlichkeit“ Anlaß gegeben. Diese Argumentation ist vor einem interaktionistischen Verständnis von „Persönlichkeit“ deshalb problematisch, weil sich Aspekte der Persönlichkeit wohl nicht von den Merkmalen der zwanghaften Pathologie trennen lassen. So gesehen bildet der Rückgriff auf das Konzept der „zwanghaften Persönlichkeit“ keine Erklärung für den häufig beobachteten und beobachtbaren „Rest“ zwanghaften Verhaltens und Denkens auch nach einer erfolgreichen Therapie (s. Rachman & Hodgson, 1980).

In diesem Zusammenhang steht die Erfahrung, daß viele Patienten noch lange Zeit nach der Behandlung fallweise Unterstützung suchen; auch Herr F. hat einige wenige Sitzungen und zum Teil auch telefonische Kontakte im Sinne solcher „Auffrischungs-Sitzungen“ in Anspruch genommen. Darin ist deshalb kaum ein Problem zu sehen, weil selbst nach einer ausgesprochen erfolgreichen Therapie – wie bei Herrn F. – vermutlich nicht davon ausgegangen werden kann, daß die Effekte der Therapie dauerhaft stabil bleiben. Eine psychologische Unterstützung in Krisensituationen kann dem Patienten wieder helfen, mit konkreten Schwierigkeiten besser zu Rande zu kommen.

Gerade im Kontext der Behandlung von Zwängen sollte das Thema der Mißerfolge angesprochen werden; damit sind Praktiker wohl häufiger konfrontiert als dies im Forschungskontext diskutiert und ernstgenommen wird. Bei Fragen des Mißerfolges sollte nicht nur die Therapie im engeren Sinne angesprochen, sondern des weiteren auf den Aspekt der Versorgung (Makro-Ebene) verwiesen werden: Patienten mit Zwängen kommen im Durchschnitt erst 7–9 Jahre nach Beginn der Störung zur psychotherapeutischen Behandlung, was mit Unwissenheit der Patienten ebenso wie mit Merkmalen der therapeutischen Versorgung zusammenhängen dürfte. Abgesehen von solchen Makro-Aspekten spielen natürlich auch Merkmale der Pathologie, der Motivation des Patienten wie Fragen einer korrekten Anwendung effektiver Strategien im Rahmen der therapeutischen Beziehungsgestaltung eine wichtige Rolle. Zwänge führen uns in besonderer Weise die Grenzen therapeutischer Machbarkeit und Veränderbarkeit vor Augen; daß diese Thematik allerdings eine ganz besondere Herausforderung darstellt, weiß jeder Forscher und Therapeut, der sich intensiv mit der Problematik von Zwangsstörungen beschäftigt hat.

## Literatur

- Arntz, A. (1992). *Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorders: Theoretical basis and practical application*. Paper presented at the 2nd World Congress of Cognitive Therapy. Toronto: June 17–21.
- Bastine, R. (1984). *Klinische Psychologie. Band 1*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beck, A.T., Word, C.H., Mendelson, M. & Erbaugh, L. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Becker, P. (1984). Differentialätiologie. In L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Stuttgart: Enke-Verlag.
- Cooper, I. (1970). The Leyton Obsessional Inventory. *Psychological Medicine*, 1, 48–64.

- Dollard & Miller, N. (1950). *Personality and Psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw Hill.
- Foa, E.B. & Kozak, M. L (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Goodman, W.K. (1992). Pharmacotherapy of Obsessive-Compulsive Disorders. In I. Hand, W.K. Goodman & U. Evers (Eds.), *Zwangsstörungen: Neue Forschungsergebnisse. Obsessive-Compulsive Disorders: New Research Results*. Berlin: Springer.
- Hand, I. (1992). Verhaltenstherapie der Zwangsstörungen: Therapieverfahren und Ergebnisse. In I. Hand, W.K. Goodman & U. Evers (Eds.), *Zwangsstörungen: Neue Forschungsergebnisse. Obsessive-Compulsive Disorders: New Research Results*. Berlin: Springer.
- Hodgson, R.J. & Rachman, S.J. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389–395.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1990). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, N. J.: L. Erlbaum.
- Lang, P.J. (1986). Anxiety and memory. In B.F. Shaw, Z.V. Segal, T.M. Vallis & F.E. Cashman (Eds.), *Anxiety: Psychological and biological perspectives*. New York: Plenum Press.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals. Panic, Anxiety and their Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Mowrer, O.H. (1947). On the dual nature of learning – a re-interpretation of „conditioning“ and „problem-solving“. *Harvard Educational Review*, 17, 102–148.
- Rachman, S.J. & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood-Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Rasmussen, S.A. & Eisen, J.L. (1992). The Epidemiology and Differential Diagnoses of Obsessive-Compulsive Disorder. In I. Hand, W.K. Goodman & U. Evers (Eds.), *Zwangsstörungen: Neue Forschungsergebnisse. Obsessive-Compulsive Disorders: New Research Results*. Berlin: Springer.
- Rasmussen, S.A. & Tsuang, M.T. (1986). Epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorders. In M.A. Jenike, L. Baer & W.E. Minichiello (Eds.), *Obsessive-compulsive Disorders. Theory and Management*. Littleton, Mass.: PSG Publishing Company.
- Reinecker, H.S. (1992). Die Behandlung von Zwängen: Eine Herausforderung für Theorie und Praxis. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 13, 97–113.
- Reinecker, H.S. (1994). *Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung* (2. Auflage). Bern: H. Huber-Verlag.
- Salkovskis, P.M. (1989). Obsessions and compulsions. In J. Scott, J.M.G. Williams & A.T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice. An illustrative casebook*. London: Routledge.
- Salkovskis, P.M. (1996). Cognitive – behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. In R. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford Press.

- Thomä, H. & Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 1 Grundlagen*. Berlin: Springer.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1988). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 2 Praxis*. Berlin: Springer.
- Weissman, M.M. (1985). The epidemiology of anxiety disorders: Rates, risks and familial patterns. In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, N. J.: L. Erlbaum.



## Kapitel 6

# Aktuelle depressive Episode

Martin Hautzinger, Tübingen

## Einführung

Unipolare Depressionen zählen zu den affektiven Störungen. Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Interesseverlust, Hoffnungslosigkeit, Antriebsmangel, häufig begleitet von Ängstlichkeit und erhöhter Ermüdbarkeit gelten als zentrale Symptome des depressiven Syndroms. Diese typischen Beschwerden zeigen jedoch eine beträchtliche individuelle Variation. Üblicherweise diagnostiziert man dann eine typische „depressive Episode“ (ICD-10) oder eine „Major Depression“ (DSM-IV), wenn über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen fünf zentrale depressive Symptome (siehe Tabelle 1) gleichzeitig vorhanden sind und damit eine Änderung der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit einhergeht. Besonders schwere Formen dieser Depression, meist charakterisiert durch ganz typische Symptom- und Verlaufsbesonderheiten wurden früher als „endogene Depression“ bezeichnet und finden sich heute unter dem Begriff der „Major Depression mit Melancholie“ (DSM-IV) oder „Depressive Episode mit somatischen Symptomen“ bzw. „Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen“ (ICD-10). Typische Melancholie-Symptome sind Verlust von Interesse oder Freude an fast allen Aktivitäten, Mangel an Reagibilität auf üblicherweise angenehme Reize, besondere Qualität der Stimmung, Morgentief, frühmorgendliches Erwachen, psychomotorische Hemmung oder Unruhe, erhebliche somatische Symptome (Appetitverlust, Gewichtsverlust), keine Persönlichkeitsauffälligkeiten vor Depression, klar abgegrenzte frühere Depressionen mit völliger Remission, gutes Ansprechen auf Antidepressiva.

Depressive Erkrankungen mit episodischem Verlauf werden von chronischen affektiven Störungen, der sogenannten „Dysthymie“, abgegrenzt. Bei der Dysthymie findet man nicht das volle Bild einer depressiven Epi-

sode, doch einen chronischen Verlauf der depressiven Störung. Die betroffenen Personen fühlen sich oft monatelang müde und niedergeschlagen, alles ist anstrengend und nichts bereitet Genuß, sie grübeln und klagen, schlafen schlecht und fühlen sich nicht vollwertig. In der Regel werden sie noch mit den Anforderungen des Alltags fertig. Die Betroffenen haben jedoch auch Perioden von Tagen oder Wochen, in denen sie ein eher gutes Befinden beschreiben. Typischerweise dauern derartige depressive Verstimmungen mehrere Jahre (ICD-10) oder mindestens zwei Jahre (DSM-IV) an, bevor diese Diagnose gestellt werden kann.

Tabelle 1:  
 Diagnostische Kriterien für eine „Depressive Episode“ (nach ICD-10)  
 bzw. eine „Major Depression“ (nach DSM-IV)

1. Depressive Stimmung oder Verlust an Interesse oder Freude.
2. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen, Früherwachen, Morgentief, Tagesschwankungen der Symptome, psychomotorische Hemmung oder Unruhe, verminderter Appetit, Gewichtsverlust, Libidoverlust, sexuelle Interesslosigkeit, mangelnde/fehlende Reagibilität auf Erfreuliches, Gedanken über/oder erfolgte Selbstverletzungen.
3. Mindestdauer 2 Wochen.
4. Ergänzend kann das vorherrschende Krankheitsbild durch die Beurteilung des Schweregrades (leicht, mittel, schwer), des Vorhandenseins psychotischer oder somatischer Symptome, von Melancholie, von rezidivierenden, chronischen oder saisonal abhängigen Verläufen beschrieben werden.
5. Bipolare affektive Störungen und Zykllothymia sind abzugrenzen, auch wenn die depressiven Episoden bei diesen Erkrankungen ein identisches Bild zeigen.

Die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken ist bei einem Lebenszeitrisko von 12–16 % für Männer und 20–26 % für Frauen als hoch einzuschätzen. Verschiedene Prävalenzschätzungen stimmen darin überein, daß 2–3 % der Männer und 4–7 % der Frauen aktuell an einer unipolaren ernsthaften Depression leiden. Unipolar verlaufende Depressionen machen unter den affektiven Störungen den größten Anteil aus, während bipolar affektive Störungen unter 1 % Punktprävalenz liegen. Der Median des Ersterkrankungsalters an unipolaren Depressionen liegt zwischen 20 und 40 Jahren, bei einer beträchtlichen Streuung von der Kindheit bis ins hohe Alter. Neuere epidemiologische Arbeiten zeigen eine deutliche Zunahme depressiver Erkrankungen in allen untersuchten Ländern und über die Alterskohorten. Insbesondere die jüngeren Jahrgänge (18 bis 29 Jahre) weisen ein deutlich gesteigertes Erkrankungsrisiko auf.

Depressive Syndrome treten in Verbindung mit vielfältigen anderen psychischen Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Zwängen, Eßstörungen, Süchten, psychophysiologischen Erkrankungen, somatoformen Störungen, Schizophrenien und schizophrenoformen Störungen, Demenzerkrankungen und chronischen (körperlichen) Krankheiten auf. Häufig sind akute bzw. chronische Belastungen und Lebenskrisen, eine Häufung typischer Risikofaktoren (z. B. frühere Depressionen, Neurotizismus, unharmonische oder fehlende Beziehungen usw.) und ein Mangel an Bewältigungsstrategien (instrumentelle, personelle und soziale Ressourcen) bzw. Verhaltensdefizite und dysfunktionale Verarbeitungsmuster im Vorfeld einer depressiven Entwicklung bzw. Episode festzustellen.

Zur Illustration dieses Störungsbildes wird ein Fall von aktueller depressiver Episode bei bestehender Dysthymie dargestellt.

## 1 Beschreibung der Störung

Der 42 Jahre alte Patient klagt seit über drei Jahren in wechselndem Ausmaß über Konzentrationsschwächen, Sprachstörungen, Gedächtnisprobleme, Kopfschmerzen, Durchschlafstörungen, Schmerzen im Brustbereich, häufiges Sodbrennen, heftiges Schwitzen, Atemnot, Erschöpfung, Globusgefühl im Hals und gelegentliche Neigung zum Weinen verbunden mit Selbstvorwürfen und negativen Zukunftserwartungen, insbesondere im beruflichen und in der Folge im finanziellen Bereich. Wiederholte gründliche labormedizinische und auch apparative ärztliche Untersuchungen ergaben außer einem leichten Übergewicht und Hypercholesterinämie keine organischen Auffälligkeiten. Anlässe, die ihm früher Genuß bereitet haben, wie gutes Essen, Kochen, ein Glas Rotwein trinken, eine gute Zigarre rauchen oder mit den Kindern zusammen zu sein, lassen ihn jetzt kalt oder ohne Befriedigung.

Aktuell, d. h. seit nun etwa 6 Wochen, verstärkte sich die Symptomatik. Er kommt morgens „schwer in die Gänge“, war deshalb kurzfristig bereits zweimal krank geschrieben. Anlaß für diese Verschlechterung waren Veränderungen in der Firma. Dort wurde in einer Besprechung angekündigt, daß durch Zusammenlegungen im Konzern die jetzt bestehende Abteilung für Datenverarbeitung personell überbesetzt sei und in einem Zeitraum von 3 Jahren die Belegschaft halbiert werde.

Ordnet man die Beschwerden des Patienten nach den unterschiedlichen Manifestationsebenen, so ergibt sich folgendes Bild:

- *Emotionale Ebene*: Niedergeschlagen, verletzt, gereizt, frustriert, lustlos, traurig
- *Motivationale Ebene*: Resignativ, vermeidend
- *Kognitive Ebene*: Konzentrationsprobleme, Selbstvorwürfe, Zweifel, Gedächtnisschwächen
- *Somatische Ebene*: Atemnot, Schwitzen, Globusgefühl, Schmerzen, Unruhe, Schlafstörungen, Erschöpfung
- *Motorische Ebene*: Anspannung, weinerlicher Gesichtsausdruck, Rückzug bei Konflikten im zwischenmenschlichen Bereich, (aktuell) Antriebsminderung

## 2 Differentialdiagnostik

Da keine körperlichen Störungen bei den wiederholten Untersuchungen gefunden wurden, trotz des leichten Übergewichts und der erhöhten Cholesterinwerte der Patient als körperlich gesund gilt und kein Alkohol- oder anderer Suchtmittelmißbrauch vorliegt, ist eine psychische Störung nahelegend. Die Durchführung des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID – Wittchen et al., 1997) ergibt deutliche Auffälligkeiten im Affektiven Bereich. Psychotische und manische Symptome sind weder lebensgeschichtlich noch aktuell feststellbar. Zwar werden einige ängstliche und anankastische Symptome bejaht, doch die Kriterien der Angst- und Zwangsstörungen werden nicht erfüllt. Der Patient zeigt auch keine sozial-ängstlichen Auffälligkeiten. Eine Suchtproblematik ist auszuschließen. Von der Persönlichkeit her wirkt der Patient korrekt, gewissenhaft, zuverlässig, anankastisch, verschlossen, selbstkritisch, überangepaßt, letztlich, angespannt und explosiv.

Die Kriterien einer aktuellen depressiven Episode mittleren Schweregrades werden erfüllt. Gleichzeitig besteht vermutlich seit 4 Jahren, mit Sicherheit jedoch seit 2 Jahren eine anhaltende affektive Störung. Entsprechend dem ICD-10 werden die Kategorien F 32.1 (mittelgradige depressive Episode) und F 34.1 (Dysthymie) erfüllt. Nach DSM-IV liegt aktuell eine Major Depression, mittlerer Schweregrad (296.22) vor. Es werden auch die Kriterien einer Dysthymie (primärer Typus) (300.40) erfüllt. In der amerikanischen Literatur hat sich für diese Konstellation der Begriff der „Double Depression“ eingebürgert.

## Psychodiagnostik

Die klinische Fremdbeurteilung ergibt im HAMD (Hamilton 1986) 21 Punkte und im IDS (Hautzinger & Bailer, 1994) einen Wert von 35. In der Selbstbeurteilung mittels des BDI (Hautzinger et al., 1993) werden 28 Punkte ermittelt. Der Unsicherheitsfragebogen (Ullrich & Ullrich, 1977) erbrachte keine Hinweise auf eine allgemeine soziale Unsicherheit oder Ängstlichkeit. Lediglich die Werte der Skala „Schuldgefühle“ und „Anständigkeit“ sind geringfügig erhöht. Ein Befund der durch die Ergebnisse von Ullrich und Ullrich (1977) bei depressiven Patienten bestätigt wird. Der Münchner Persönlichkeitstest (MPT – von Zerssen et al., 1988) zeigt erhöhte Werte auf den Dimensionen Neurotizismus, Introversion und Rigidität, was sich mit den geschilderten Eindruck des Patienten in der Untersuchungssituation mit dem SKID deckt.

## Anamnese

Der Patient stammt aus kleinen Verhältnissen. Er hat heute als Programmierer in der Industrie ein gutes Einkommen. Er ist verheiratet und hat zwei schulpflichtige Kinder. Der Patient ist zusammen mit zwei älteren Brüdern aufgewachsen. Der Vater verstarb mit 47 Jahren, als der Patient 11 Jahre alt war. In der Familie übernahm er nun viele Aufgaben, um die Mutter zu entlasten. Die älteren Brüder (vier und fünf Jahre älter) waren wenig zuhause, „hielten sich raus“, während er brav, überangepaßt und verletzlich zu Hause „funktionierte“ und half. Er besuchte die Realschule und machte nach der Mittleren Reife eine Banklehre. Später nach der Fachhochschulreife, die er in Abendkursen erwarb, studierte er an einer Fachhochschule Informatik. Bereits damals traten wiederholt starke migräneartige Kopfschmerzen auf.

Beziehung und Kontakt zur Mutter bestehen unverändert eng, worunter der Patient mittlerweile leidet. Er fühlt sich ausgenutzt und herumkommandiert. Seine Leistungen und sein Einsatz für die Mutter und die Familie wurden nie und werden nicht honoriert. Dies zeigte sich z. B. vor kurzem darin, daß der eine Bruder wie selbstverständlich und ohne Zinszahlungen von der Mutter einen größeren Geldbetrag leihen konnte, während er für eine ähnliche Sache vor einigen Jahren bei seinem Hauskauf für die geliehene Summe seiner Mutter die marktüblichen Zinsen zahlen mußte. Solche Verletzungen, wie es der Patient nennt, waren in der Vergangenheit zahlreich und beschäftigen ihn noch heute.

Kurz vor dem Berufseintritt als Ingenieur, noch während des letzten Semesters, gab es eine ernsthafte Krise in der damals schon einige Jahre bestehenden Ehe. Ausgelöst wurde sie durch eine Beziehung der Ehefrau zu einem anderen Mann. Die doppelte Belastung (Prüfungssemester und Ehekonflikt) habe ihn zwar „fertig gemacht“ (er hatte vermehrt Kopfschmerzen, sei erschöpft und mit den Nerven fertig gewesen), doch das Semester habe er dennoch beendet. Anfänglich habe er versucht, den Beziehungskonflikt durch ruhiges, ausgleichendes Verhalten seiner Frau gegenüber aufzufangen. Dies sei soweit gegangen, daß er seine Frau sogar mit dem Auto zu deren Freund gefahren und sie Stunden später dort wieder abgeholt habe. Er erlebte dies zwar innerlich als Demütigung, doch fürchtete er, die Beziehung zu gefährden und die Partnerin zu verlieren, wenn er seinen Ärger und seine Enttäuschung zeigen würde. Mit Abschluß der Hochschule suchte er sich dann mehrere hundert Kilometer entfernt eine Arbeitsstelle. Er wollte dadurch seine Ehefrau zwingen sich zu entscheiden, mit ihm zu gehen oder die Beziehung zu beenden. Nur so war es ihm möglich, den Konflikt zu lösen. Die Ehefrau entschied sich für den Patienten. An dem neuen Wohn- und Arbeitsort bearbeiteten beide den Beziehungskonflikt im Rahmen einer Paartherapie bei einer Beratungsstelle.

Der Patient arbeitete nach dem Studium in der Industrie und stieg rasch bis zum Projektleiter auf. Er könne gut organisieren, planen, mit Mitarbeitern umgehen und sei eben höchst zuverlässig. Wenn erforderlich, was meist die Regel war, setzte er sich 12 und mehr Stunden täglich, oft 6 Tage die Woche, für die Arbeit ein. Ärger, Spannungen und Konflikte in der Arbeitsgruppe habe er versucht auszugleichen, Druck seitens der Firmenleitung versuchte er von der Gruppe fernzuhalten und durch eigenen Einsatz zu kompensieren. Der Patient war über 10 Jahre bei einer Firma beschäftigt, die nach 8 Jahren von einem internationalen Konzern gekauft worden war, was zur Folge hatte, daß andere Organisationsstrukturen und Führungsprinzipien eingeführt wurden. Die Belastungen der Projektleiter, eine Art Sandwich-Position zwischen Konzernleitung und Abteilungsmitarbeitern, nahmen zu. Durch vermehrten Einsatz versuchte er diesen Belastungen gerecht zu werden. Hinzu kam, daß auch die Arbeitsinhalte wechselten und er sich in ein zunächst fremdes Gebiet einarbeiten mußte. Weitere Belastungen waren, daß zunehmend Auslandsaufenthalte längerer Dauer erforderlich und die selbstverständliche Bereitschaft dazu erwartet wurden. Der Patient berichtet weiter, daß zunehmend Kollegen, trotz erfolgreicher Projektleitung von heute auf morgen entlassen wurden. Er schildert recht eindrucksvoll, wie besonders ein Kollege, eine Woche bei einer Präsentation noch hochgelobt und gefeiert, in der folgenden Woche von der Auflösung der Abteilung überrascht und mit einer ansehnlichen Abfindung entlassen wurde.

Während dieser Jahre des beruflichen Aufstiegs, meist verbunden mit Phasen der starken Belastung und Konflikten im Betrieb, traten wiederholt verschiedenste körperliche Beschwerden auf, die als Gastritis, unklare Virusinfektion, Erschöpfungssyndrom, Spannungskopfschmerz u. a. diagnostiziert und medikamentös behandelt wurden. Vor etwa vier Jahren, in Verbindung mit der Kündigungserfahrung des Kollegen, seien wieder diese körperlichen Beschwerden, verbunden mit Schlafstörungen, Atemnot, Gefühl der Erschöpfung und des Gerädertseins aufgetreten. Seine Konzentrationsfähigkeit habe nachgelassen und es traten in Sitzungen bzw. Schulungen Unruhe, Ängste, Wortfindungsstörungen auf.

Zwischenzeitlich hatte die Familie ein Haus gebaut und es waren zwei Kinder geboren worden, die heute 8 und 10 Jahre alt sind. Angesichts der geschilderten beruflichen Situation, der familiären Verpflichtungen und ausgelöst durch die heftig erlebte Symptomatik bemühte sich der Patient darum, eine andere Arbeitsstelle zu finden. Diese mögliche neue Arbeitsstelle sollte weniger hektisch, mit weniger Verpflichtungen, ohne ständiges Reisen, insgesamt ruhiger, längerfristig sicher, berechenbarer und familienfreundlicher sein. Er fand eine solche Stelle und wechselte nach einem längeren Urlaub in ein Unternehmen der Pharmaindustrie. Dort fühlte er sich zunächst sehr wohl, da diese Firma sehr um ihn geworben und mit verschiedensten Versprechungen gelockt hatte. Bereits im Laufe des ersten Jahres an der neuen Stelle bemerkte er jedoch, daß er immer wieder mit seinen Ideen und Vorschlägen vertröstet wurde, nicht ankam, andere ihn abblockten. Wiederholte Anläufe wurden bei der Firmenleitung zwar wohlwollend aufgenommen, verliefen dann jedoch im Nichts. Es stellte sich zunehmend ein Gefühl des Überflüssigseins und der Unterforderung ein. Eine Zuspitzung erfuhr die Lage in der aktuellen Zusammenlegung zweier Teilfirmen des Konzerns, was zu der Ankündigung führte, daß die Abteilung, in der der Patient tätig ist, personell überbesetzt sei und Personal abgebaut werden müsse. Über einen Zeitraum von 3 Jahren werde die Belegschaft halbiert, was durch Nichtbesetzung von freiwerdenden Stellen und Entlassungen (über Abfindungszahlungen) erreicht werden solle.

Während der letzten zwei Jahre hatte die ältere Tochter außerdem wiederholt soziale und Leistungsprobleme in der Schule, insbesondere im Fach Mathematik. Dies führte immer wieder zu familiären Spannungen, zunächst zwischen den Eltern und dem Kind, in der Folge auch zwischen den Eltern. Der Patient sieht in dem Verhalten seiner Tochter viele Parallelen zu seinem verunsicherten, selbstzweiflerischen Verhalten, wie es sich bei ihm in der Folge des Todes seines Vaters herausgebildet hatte.

### 3 Erklärung/Theoretisches Modell

Die depressiven Symptome treten in der Folge von Belastungen und Schwierigkeiten, insbesondere im beruflichen, doch auch im häuslichen und privaten Bereich auf. Dabei stellt die aktuelle, von ihm so empfundene, doch noch unklare Bedrohung des Arbeitsplatzes nur eine zusätzliche Belastung auf dem Hintergrund starker Unzufriedenheit und Enttäuschung mit den Arbeitsbedingungen dar. Diesen langangestauten Ärger „frißt er in sich hinein“, da er, wie viele Male davor und bei unterschiedlichsten Gelegenheiten, nach dem braven, überangepaßten Muster sich dazu diszipliniert, solche Empfindungen nicht zuzulassen und schon gar nicht zu zeigen vermag. Die Verantwortung bei Fehlern, Problemen im Betrieb, doch auch bezüglich des Verhaltens der Tochter, lastet er sich selbst an. Seine Strategie ist es dann, durch größeren Einsatz wieder Kontrolle zu erlangen und die Dinge „gerade zu biegen“. Da der Patient seit einiger Zeit und ganz besonders aktuell mit einer zumindest beruflichen Situation konfrontiert ist, die er kaum beeinflussen kann, wirken sich seine internalen Kausalattributionen besonders niederschmetternd aus. Die Modellvorstellungen der erlernten Hilflosigkeit passen hier gut. Die zunächst gesteigerten Bemühungen aktivieren das System in einem Bereich, in dem es zu körperlichen Störungen und Auffälligkeiten kommt. Da diese Symptome dann zusätzlich belastend sind und die Handlungsfähigkeit einengen, außerdem die beruflichen Belastungen andauern, der Konflikt mit der Tochter sowie mit der eigenen Herkunftsfamilie (insbesondere der eigenen Mutter) weiter bestehen, kommt es zu einem Zustand der Hilflosigkeit, welcher dann in die bereits erwähnten depressiven Symptome mündet. Da sein zuvor gezeigtes Verhalten darauf gerichtet war, die Belastungen im Arbeitsbereich durch vermehrten Einsatz zu bewältigen, wurden andere, angenehme und verstärkende Aktivitäten in der Freizeit sowie in der Familie geopfert. Die meiste Zeit in der Familie verschlang außerdem das Bemühen um die schulischen Leistungen der Tochter. Andere soziale Kontakte waren verkümmert oder wurden durch Fehlattritionen (z. B. zu den jahrelangen Nachbarn, die sich wohl etwas zurückgezogen hatten, was nun als „die wollen nichts mehr mit uns zu tun haben“ interpretiert wurde) gemieden.

Das von uns (Hautzinger, 1991; Hautzinger 1997) vorgeschlagene multifaktorielle Modell paßt zum Verständnis dieses Falles ebenfalls recht überzeugend. Als Erklärungen für die Depressionsentwicklung werden dort folgende Faktoren angenommen:

- Einfluß von Belastungen (Über- und Unterforderung im Beruf), familiäre Konflikte;



- damit einhergehend ein selektiver Zugang zu mit diesen Affekten verbundenen Gedächtnisinhalten (zustandsabhängige Emotionen);
- gesteigerte Selbstaufmerksamkeit (bzw. Lageorientierung) im Sinne vermehrten Grübelns; und letztlich
- eine Reduktion angenehmer, verstärkender Aktivitäten sowie ein Rückzug von früher vorhandenen sozialen Kontakten.

Diese Entwicklung erfolgt ganz besonders rasch, intensiv und dauerhaft bei Personen, die aufgrund ihrer Verarbeitungsmuster, Handlungsstile, ihrer Persönlichkeit und ihren Sozialisationsbedingungen für eine solche anfällig sind.

## 4 Interventionsprinzip

Da der Patient nach dem Erstkontakt bereits selbständig verschiedene Texte und Bücher zu Depression und den Themen Kognitive Therapie gelesen hatte (z. B. Burns, 1991), kam er mit dem Wunsch nach einer daran orientierten Behandlung. Da sich aus der Anamnese und der Verhaltensanalyse entsprechende Hinweise auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Depression aufgrund von Belastungen, ungünstigen Werthaltungen, Prinzipien und Überzeugungen, einer Neigung zur Lageorientierung und gesteigerten Selbstaufmerksamkeit ergaben, außerdem eine recht einseitig auf den belastenden Arbeitsbereich und auf die Erledigung von Verpflichtungen ausgerichtete Tagesstruktur auffiel, hielten wir eine Kognitive Verhaltenstherapie (Hautzinger, 1997) für angezeigt. Diese Behandlung umfaßt neben den auf Beck et al. (1992) zurückgehenden kognitiven Interventionsprinzipien auch stärker klassisch verhaltenstherapeutische Methoden, insbesondere eine Steigerung angenehmer, verstärkender Erfahrungen, den Aufbau positiver Aktivitäten und einen Abbau von Pflichten und aversiven Bedingungen (diese Methoden finden sich alle beschrieben in Linden und Hautzinger, 1993). Da der Bereich der sozialen Fertigkeiten und der partnerschaftlichen Interaktion unauffällig und angemessen war, konnte dieser Interventionsbereich ausgeklammert werden.

Zum Einsatz kamen zunächst Selbstbeobachtungsmethoden (Wochenplan) und die Liste angenehmer Aktivitäten, um den Bereich der Freizeit unabhängig vom Thema Arbeit und Pflichten zu gestalten. Dinge wie Basteln, handwerkliche Fertigkeiten, Sauna, Sport, Urlaubsreise, mit den Kindern spielen, Kontakte pflegen, zu Veranstaltungen gehen usw. wurden zunehmend in die Woche und den Tagesablauf eingebaut. Dazu führte der Patient ein Protokoll, das in die Therapiesitzungen mitgebracht und dort besprochen wurde.

Elemente der Kognitiven Therapie bildeten das Beobachten und Herausfinden automatisch ablaufender negativer Gedanken, das Erkennen des Zusammenhangs dieser dysfunktionalen Verarbeitungsmuster mit den verschiedensten körperlichen und psychischen Symptomen, sowie das Bearbeiten der auftretenden negativen Kognitionen durch sokratische Gesprächsführung, so daß alternative Möglichkeiten und Sichtweisen erarbeitet und den automatischen Gedanken gegenübergestellt werden konnten. Der Patient führte über mehrere Wochen das Tagesprotokoll negativer Gedanken. Hier wurden, ausgehend von den aktuellen Erfahrungen (z. B. im Betrieb, in der Familie, im Kontakt mit der Mutter, mit dem eigenen Körper) und damit verbundenen Verarbeitungsmustern, die vor vielen Jahren erworbenen Einstellungen und Grundhaltungen deutlich. Der Verlust des Vaters, die Pflichten und Verantwortungen als Jugendlicher, Schuldempfindungen wegen aggressiver und ärgerlicher Impulse, Befürchtungen zu verarmen, die Überzeugung, im gleichen Alter wie der Vater erkranken und sterben zu müssen, wurden thematisiert und einer korrigierenden Bearbeitung zugänglich. Ein anderes zentrales Thema war immer wieder die Arbeit und die damit verbundene drohende Entwicklung. Hierbei konnte mit der Methode des Entkatastrophisierens und der Sichselbst-erfüllenden Prophezeiung aufgezeigt werden, wie der Patient mit der Bedrohung umgeht, wie er sich durch seine Gedanken Handlungsräume verwehrt, und daß die befürchtete Katastrophe nicht die erwarteten Ausmaße annimmt, zumal noch gar nicht erwiesen ist, ob er zu den später abzubauenen Arbeitskräften gehören wird. Diese Abläufe mußten mehrfach durchbesprochen, überlegt und Alternativen erarbeitet werden. Für die konkrete Konfrontation im Arbeitsalltag waren Elemente der Selbstinstruktionsmethode von Bedeutung (der Patient schrieb sich bestimmte, vorher erarbeitete Sätze auf, die er dadurch besser im Alltag verfügbar hatte und rascher einsetzen konnte).

## 5 Resümee

Nach insgesamt 30 Sitzungen, verteilt über knapp 10 Monate hatte der Patient gelernt, anders mit Ärger, Konflikten und Belastungen umzugehen. Er konnte zwischen objektiven Schwierigkeiten, nicht von ihm zu verantwortenden Einflüssen und seinen eigenen Anteilen differenzieren. Seine Tages- und Wochenstruktur sah völlig anders aus: er plante viel mehr Zeit für die Familie und sich selbst und verstärkende Aktivitäten ein. Beruflich konnte er sich mit der objektiv schwierigen Situation insofern arrangieren, als er seine Stärken und Möglichkeiten deutlicher zu erkennen lernte, indem er versuchte, das Beste aus der Lage herauszuholen (Weiterbildung,

Aufgaben selbst entwickeln und bearbeiten). Er war ferner dabei, sich auf neue Positionen zu bewerben (es waren bereits Vorstellungstermine vereinbart) und hatte sich mit verschiedensten Alternativen bereits detailliert befaßt. Der Therapieerfolg zeigte sich neben den geänderten Verhaltens- und Denkweisen im Arbeits- und Privatbereich auch auf den verschiedenen Depressionsskalen (HAMD 4, BDI 7 Punkte).

Dieser Fall stellte eine aus Lebensgeschichte und aktueller Belastung heraus verstehbare Depression dar – eine typische und erfolgversprechende Indikation für die psychologische Intervention, zumal der Patient sehr kooperativ und motiviert war.

## Literatur

- American Psychiatric Association (APA). (Ed.). (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychiatrischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Burns, D. (1991). *Fühl dich gut. Angstfrei mit Depression umgehen*. Trier: Edition Tréves.
- Hamilton, M. (1986). Hamilton Depressionsskala (HAMD). In CIPS (Hrsg.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz Test.
- Hautzinger, M. (1991). Perspektiven für ein psychologisches Konzept der Depression. In C. Mundt, R. Fiedler, H. Lang & A. Kraus (Hrsg.), *Depressionskonzepte heute*. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Hautzinger, M. (1993). Kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie im Vergleich. *Verhaltenstherapie*, 3, 26–34.
- Hautzinger, M., Luka-Krausgrill, U. & Trautmann, R.D. (1985). Skala dysfunktionaler Einstellung (DAS). *Diagnostica*, 31, 312–331.
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (4. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Keller, F. & Worall, H. (1993). *Das Beck Depressionsinventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M. & deJong-Meyer, R. (1998). Depressionen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1994). *Das Inventar Depressiver Symptome (IDS)*. Weinheim: Beltz Test.
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)* (1991). Bern: Huber.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (1993). *Verhaltenstherapie. Techniken und Einzelverfahren*. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Ullrich, R. & Ullrich, R. (1977). *Der Unsicherheitsfragebogen (U-Bogen)*. München: Pfeiffer.

- Wittchen, H.U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M.. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse-I (SKID-I)*. Göttingen: Hogrefe.
- Zerssen, D. von, Pfister, H. & Koeller, D.M. (1988). The Munich Personality Test (MPT). A short questionnaire for self-rating and relatives' rating of personality traits. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 238, 73–93.

## Kapitel 7

# Endogene Depression

Renate de Jong-Meyer und Elvira Cloer, Münster

## Einführung

Nach der im kontinentaleuropäischen Bereich lange Zeit üblichen, durch das International Classification of Diseases (ICD-9, Degkwitz et al., 1980) repräsentierten Tradition ist die Diagnose einer endogenen (inneren) Depression abzugrenzen von der einer somatogenen (z. B. Schilddrüsenhormonstörungen), neurotischen oder psychoreaktiven Depression. Grundlage dieser Klassifikation ist ein Ätiologiemodell. In ICD-10 (Dilling et al., 1991) und DSM-IV (APA, 1996) werden Klassifikationen auf der Basis eines Ätiologiemodells aufgegeben zugunsten von Unterscheidungen auf syndromaler Ebene. Die Kontroversen bezüglich diagnostischer Unterteilungen von Depressionen wurden bei Hautzinger & de Jong-Meyer (1998, im Kapitel „Depressionen“ des Lehrbuchs) ausführlicher diskutiert. Jenseits der Kontroversen besteht relative Einigkeit darin, daß es eine Untergruppe Depressiver gibt, bei der vor allem „psychomotorische Veränderungen (in der Regel Hemmung, gelegentlich aber auch Agitation), Schwere der depressiven Stimmung und deren Mangel an Reaktivität, depressive Wahnideen, Selbstvorwürfe und Interessenverlust“ (aus: Hautzinger & de Jong-Meyer: Angst, 1987, S. 31) charakteristisch sind. Diese Kerngruppe ist bei syndromaler Betrachtung gemeint, wenn von endogener Depression bzw. Melancholie die Rede ist. Von einer gemeinsamen letzten Wegstrecke der Auswirkungen unterschiedlicher biologischer und psychologischer Ursachenfaktoren ausgehend (siehe Abb. 4, S. 232 des Lehrbuchartikels) bleibt für den Einzelfall zunächst offen, ob die vor dem Einmünden in die gemeinsame Wegstrecke vorliegenden inneren Ursachen eher biologischer oder psychologischer Natur sind oder Wechselwirkungen vorliegen. Bei ausgeprägt behandlungsbedürftiger Depression, wie sie der hier dokumen-

tierte Fall darstellt, ist während der depressiven Episode auf jeden Fall von Auswirkungen auf allen Ebenen auszugehen.

Der Fall wurde gewählt, weil der Patient in typischer Weise sehr viele Symptome des heterogenen depressiven Syndroms zeigt. Er ist u. a. ein Beispiel dafür, daß eine psychologische Therapie selbst bei ungünstigsten Ausgangsbedingungen erfolgreich sein kann. Es handelt sich um einen Patienten, bei dem die indizierte und üblicherweise auch durchgeführte medikamentöse Behandlung nicht zum Erfolg geführt hatte. Gerade für endogen Depressive wird für 50 bis 60 % ein gutes Ansprechen auf Medikamente berichtet. Für jemanden, der nicht zu dieser erfolgreichen Gruppe zählte, gab es in der Vergangenheit die Alternativen Heilkrampf, Wechsel zu anderen Antidepressiva, Kombinationen mit Medikamenten anderer Wirkspektren und/oder Langzeiteinstellungen auf Lithium oder Antidepressiva. Die Anwendung psychologischer Behandlungsprinzipien bei endogen Depressiven ist eine relativ neue Entwicklung. Sie wurde begünstigt durch angloamerikanische Studienergebnisse zur vergleichbaren Wirksamkeit von Antidepressiva und kognitiver Verhaltenstherapie bzw. Interpersonaler Therapie bei „Major Depressive Disorder“-Patienten. Diese Diagnosekategorie schließt endogen Depressive ein. Einzelne Untersucher konnten zeigen, daß sich die Effekte bei nachträglicher Dichotomisierung der Patienten in endogene und nicht-endogene nicht unterschieden. Kombinationen von Antidepressiva mit kognitiver Verhaltenstherapie erreichten zwar kaum additive Effekte, aber die psychologische Behandlung verbesserte die Langzeitprognose und hatte positive Auswirkungen auf das Verbleiben in der Therapie. Bei der Überlegung, für wen eine solche Kombination oder auch die kognitive Verhaltenstherapie allein von Bedeutung ist, stellt der ausgesuchte Fall in unseren Augen aus mehreren Gründen ein gutes Indikationsbeispiel dar:

1. wegen des bisherigen Nichtansprechens auf Medikamente;
2. wegen der damit einhergehenden ungünstigen Langzeitprognose;
3. wegen der damit ebenfalls einhergehenden Hoffnungslosigkeit und erhöhten Suizidgefahr des Patienten und
4. wegen des bei der Störungsbeschreibung deutlich werdenden hohen Angstanteils an der Gesamtpathologie (Angstdepressionen stellen, wie im Depressionskapitel erläutert, eine deutliche Indikation für psychologische Therapien dar).

### *Biographische Angaben*

Der 43jährige Herr A. wuchs in einem dörflichen Umfeld in Süddeutschland auf. Von früher Kindheit an arbeitete er im elterlichen Hof. Aus seiner

Schulzeit erinnert er vor allem seine Angst vor dem Schreiben. Der Vater strafte ihn bei schlechten Schulleistungen mit Prügeln. Er war als Kind bereits zurückgezogen, gehemmt und kontaktscheu, nahm jedoch als Heranwachsender in begrenztem Ausmaß am dörflichen Vereinsleben teil. Die harte Arbeit auf dem Hof hat er als selbstverständlich empfunden und recht gern gemacht. Herr A. heiratete jung eine unternehmungslustige, sozial kommunikative Frau aus dem näheren Umfeld. Das Ehepaar bekam in schneller Folge zwei Töchter und einen Sohn. Herr A. mußte mit 22 Jahren, früher als erwartet, den Hof übernehmen, nachdem seine Mutter einer Krebserkrankung erlag und kurz darauf der Vater durch einen Unfall gehbehindert wurde. Er bewirtschaftet seitdem den Hof und lebt dort mit der Familie und dem ebenfalls unter Depressionen leidenden Vater. Da der Hof keine ausreichende Existenzsicherung darstellt, arbeitet Herr A. zusätzlich und hauptberuflich in einem Transportunternehmen. Trotz der bereits vor sechs Jahren einsetzenden Depression ist es ihm bisher gelungen, seine Arbeit gewissenhaft und nach außen hin unauffällig zu leisten. Dies kostet ihn jedoch enorme Anstrengung und das Aushalten von großer Angst, so daß er seinen familiären und bäuerlichen Pflichten kaum mehr nachkommen kann. Er verkriecht sich in seiner Freizeit am liebsten in den Stall und vermeidet möglichst jeden Kontakt. Wegen dieser Zurückgezogenheit gibt es zunehmende Auseinandersetzungen mit der Ehefrau, die auch schon an Trennung gedacht hat.

## 1 Beschreibung der Störung

Herr A. wird von seinem Psychiater überwiesen, nachdem die seit sechs Jahren andauernde depressive Episode sich durch hochdosierte pharmakologische Therapie (verschiedene Antidepressiva und auch Lithium) nur unzureichend verbessert hatte. Die Medikation hatte geholfen, den Beruf aufrechtzuerhalten, aber nur unter fast unerträglicher Anstrengung und mit dem Gefühl des Überfordertseins, was außerhalb der Arbeit zu totaler Desaktivität und sozialem Rückzug geführt hat. Die von der Schwere der Erkrankung her indizierte stationäre Aufnahme in eine Klinik hatte Herr A. abgelehnt, da er befürchtete, seine Krankheit dann seinem Arbeitgeber gegenüber nicht mehr verheimlichen zu können.

In den ersten Gesprächen schilderte der Patient nur unter großen Schwierigkeiten und offensichtlicher Angst seine Beschwerden. Er betrat gebeugt und mit gesenktem Kopf das Behandlungszimmer, suchte mit entschuldigendem Blick um Erlaubnis, sich hinsetzen zu dürfen, nahm keinen Blickkontakt mehr auf, sondern starrte auf seine Füße oder auf einen weit ent-

fernten Punkt im Raum und schwieg. Auf Fragen antwortete er zögernd, machte lange Pausen und bemühte sich dann mit gepreßter Stimme um eine möglichst präzise Antwort, wobei seine Stimme oft unverständlich leise wurde. In den ersten jeweils 50minütigen Sitzungen hat er häufig kaum mehr als 3 bis 4 Sätze gesprochen.

Das Bild der Störung folgt einer in der Depressionsdiagnostik üblichen Einteilung in Symptombereiche (vgl. Tabelle 1, S. 209 des Lehrbuchkapitels).

### Verhalten/Motorik/Erscheinungsbild

Neben den gerade beschriebenen non- und paraverbalen Charakteristika (fehlender Blickkontakt, leise, monotone Sprache, starke Verlangsamung in Sprache und Motorik) ergaben sich aus den Berichten des Patienten (von der später zur Therapie hinzugezogenen Ehefrau bestätigt) folgende Hinweise zu beobachtbaren Verhaltens- und Aktivitätscharakteristika: Verlangsamung der Handlungsabläufe, Vermeidung selbst kleinerer Entscheidungen, fehlende Äußerung auch kleiner Bedürfnisse innerhalb der Familie, Sich-zurückziehen von familiären Kontakten und Vermeidung aller außerfamiliären Kontakte außerhalb der Arbeit, Reduzierung des Verhaltens auf die Aufrechterhaltung der notwendigen landwirtschaftlichen Arbeiten und die Berufstätigkeit, Vermeidung aller Aktivitäten, die ein Schreiben vor anderen (z. B. Bankbesuche) oder auch gezielte Konzentration (Überstundenabrechnungen, Prüfen des Wechselgeldes beim Einkaufen) verlangten. Auf Vorwürfe und Druck der Ehefrau, doch mehr zu unternehmen, reagierte Herr A. mit Verzögerungstaktiken und dem Verlassen der Interaktionssituation. Er vermied früher konfliktfrei erlebte Aktivitäten mit den Kindern wie Spiele, Ausflüge oder Urlaub oder paßte sich den Wünschen der Familie an (z. B. Wahl des Fernsehprogramms). Seine große Sparsamkeit hinderte ihn daran, die geringsten Schritte in Richtung Befriedigung eigener Bedürfnisse zu unternehmen (kein Mineralwasser trotz Hitze und medikamentös bedingter Mundtrockenheit; kein Eis für sich, selbst wenn er es den Kindern kaufte und selbst Lust darauf hatte).

### Emotionen (affektiver Syndrombereich)

Herr A. hatte große Mühe, über seine Gefühle zu sprechen. Er beschrieb Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und ein ständiges Gefühl der Überforderung. Von seiner Familie ist er so weit entfernt und



entfremdet, daß er das Gefühl hat, wie in einem Brunnen eingemauert zu sitzen, auf einem entlegenen Teil des Grundstücks. Über diese Distanz ist er besonders in der Beziehung zu den Kindern traurig, denen gegenüber er positive Gefühle wie Freude, Liebe oder Stolz nicht äußern kann. Die erkrankungsbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit erlebte Herr A. als persönliches Versagen, und er litt unter den damit zusammenhängenden Schuld- und Wertlosigkeitsgefühlen. Außer diesen im engeren Sinne zum depressiven Affektspektrum zählenden Gefühlen berichtete Herr A. über starke Angst, insbesondere die Angst, Leistungsanforderungen nicht nachkommen zu können, sich zu verschulden und zu verarmen, Entscheidungen zu treffen, Auseinandersetzungen durchzustehen, von der Ehefrau verlassen zu werden, unter Beobachtung zu schreiben sowie generell sozialen Kontakten gegenüber.

### Physiologisch-vegetative Symptome (somatischer Syndromanteil)

Auf der somatischen Ebene standen innere Unruhe und Schlafstörungen sowie Libidoverlust im Vordergrund. Konzentrationsschwierigkeiten und Ermüdbarkeit (zum Teil medikamentenbedingt) führten zu starker gegensteuernder Anspannung. In Angstsituationen, die nicht vermieden werden können, berichtete Herr A., rot zu werden und zu schwitzen. Beim Schreiben unter Beobachtung entstehen Krämpfe.

### Imaginativ-kognitive Symptome

Aus den Äußerungen von Herrn A. kann auf eine hohe Ausprägung der von Beck et al. (1986) postulierten kognitiven Triade bei Depression geschlossen werden: Ausschließlich negativ-abwertende Einstellung gegenüber der eigenen Person, selektiv negative Sicht der Umfeldbedingungen und hohes Ausmaß an Pessimismus, was die Veränderbarkeit der Situation in der Zukunft betrifft. Insbesondere die Hoffnungslosigkeit in bezug auf die zukünftige Entwicklung hat zu wiederholten Suizidgedanken geführt, denen der Patient lediglich mit Blick auf die Familie nicht nachgegeben hat. Herr A. schildert auch Depersonalisationsgedanken und fast paranoide Vorstellungen (z. B., daß noch andere Personen anwesend seien, während er allein auf dem Hof arbeite). Die Gedanken zu verarmen gehen in Richtung eines Verarmungswahns.

## Motivationale Symptome

Herr A. berichtet über eine beständige Antriebs- und Energielosigkeit, die Handeln nur dann zuläßt, „wenn es gar nicht anders geht“ (z. B. Saatgutentscheidungen in letzter Minute, Durchhalten der Arbeitsphasen). Ein auf Ziele und Erfolge gerichtetes Handeln wie z. B. den vor der Depression betriebenen Hausbau gibt es nicht mehr. Lediglich die Vermeidung weiterer Mißerfolge bzw. befürchteter Katastrophen wie die Kündigung im Betrieb, die Trennung der Ehefrau oder der Verfall der Landwirtschaft sind Motive für Handeln. Es besteht ein weitgehender Interessenverlust. Aus der Exploration zur Krankheitsentwicklung wird die frühere und gegenwärtige Bedeutung des Leistungsmotivs deutlich (Arbeit in der Landwirtschaft und gutes Abschneiden in der Schule als selbstverständliche Voraussetzungen elterlicher Anerkennung).

## 2 Differentialdiagnostik

Bei Herrn A. sind die Kriterien einer „Major Depressive Disorder“ (DSM-IV, APA, 1996) erfüllt. Von den für den Untertyp Melancholie aufgeführten Symptomen erfüllt Herr A. die Hauptkriterien einer persistierenden Freudlosigkeit und eines Mangels an Reaktivität und außerdem zwei der zusätzlichen Kriterien (Qualität der depressiven Stimmung sowie psychomotorische Hemmung), während die beiden weiteren auf typische Tageschwankungen bezogenen Kriterien („morgens schlimmer“ und „frühes Erwachen“) für ihn weniger charakteristisch sind. Unbestritten ist zu Behandlungsbeginn die Unipolarität der Depression, obwohl man bei einer ersten Episode immer noch damit rechnen muß, daß später auch manische oder submanische Phasen auftreten.

Innerhalb des syndromalen DSM-IV-Diagnosensystems erfüllt Herr A. zusätzlich die Dysthymie-Kriterien, da die Dauer seiner depressiven Episode eher dem für Dysthymie typischen chronifizierenden Verlauf (länger als zwei Jahre) entspricht. Nach Keller et al. (1983) leidet er deshalb unter einer „double depression“, die im Vergleich einer alleinigen „Major Depressive Disorder“ als therapeutisch schwerer beeinflussbar eingeschätzt wird.

Die Ausprägung seiner Angstsymptome ist so stark, daß Herr A. außerdem an einer sozialen Phobie leidet (DSM-IV, APA, 1996, 300.23), was vor allem über das Merkmal der Vermeidung deutlich wird. Eine gegenüber dem Aufnahmestatus abgeschwächte soziale Phobie bestand nach Angaben des Patienten bereits vor der Depression. Der weite Bereich, auf den sich

Herrn A.s Ängste beziehen, läßt auch an die Diagnose „Generalisierte Angst“ denken. Auf einer in der DSM-IV-Systematik anderen Achse (den Persönlichkeitsstörungen der Achse II) ist Herr A. als sozial gehemmte Persönlichkeit zu charakterisieren. Das heißt, unter Zugrundelegung der DSM-IV-Diagnostik bestehen außer der „Major Depressive Disorder“ weitere Störungen mit prognostisch ungünstiger Bedeutung. Die ungünstige Bedeutung insbesondere der Komorbidität „Depression – Angst“ für Verlauf und Ausgang der zusammen auftretenden Störungen wird zunehmend untersucht und durch longitudinale Ergebnisse unterstrichen (Bronisch & Hecht, 1990).

Gründe für die traditionelle ICD-9-Überweisungsdiagnose „Endogene Depression“ waren die Schwere der Depression, insbesondere der psychomotorischen Hemmung sowie des affektiven Syndromanteils, der Mangel an Reaktivität und das berichtete Gefühl der Gefühllosigkeit sowie die ausgeprägten Schuldideen mit Tendenz zu einem „synthönen“ Verarmungswahn, außerdem die – fragliche – familiäre Belastung (Depressivität des Vaters). Nicht ganz typisch für eine endogene Depression waren das Vorliegen einer einzigen, sehr lang andauernden Episode (kommt jedoch in 20 bis 30 % der Fälle auch endogener Depressionen vor), das Fehlen ausgeprägter Tagesschwankungen sowie das schlechte Ansprechen auf antidepressive Medikation. In diesen Punkten wären Symptome und Krankheitsverlauf eher typisch für eine „neurotische Depression“.

Fragebogenergebnisse zur Depressivität sowie zu einzelnen Anteilen des depressiven Syndroms (siehe Tabelle 1) unterstützten den beschriebenen klinischen Eindruck einer schweren Depressivität und Angstsymptomatik nachdrücklich. Die Werte in den Skalen liegen, soweit Vergleichsdaten verfügbar sind, im oberen Bereich des bei behandlungsbedürftiger Depression Erwartbaren. Die Bejahung hoher Suizidalität sowohl im HAMD-Interview als auch in der BDI-Selbsteinschätzung sowie die geringe Veränderungserwartung (E-BDI) sind diagnostisch im Sinne der Suizidprophylaxe wichtige Informationen: Die Therapeutin ließ sich versprechen, daß während der Therapie kein Suizidversuch unternommen würde und bei Suizidgedanken ein Telefonkontakt gesucht würde. Diese Verpflichtung konnte der Patient glaubhaft eingehen.

Die Werte in den verwendeten Persönlichkeitsskalen verweisen auf eine überdauernd hohe Introversion sowie ein hohes Ausmaß an Neurotizismus. Der Newcastle-Wert von 7 unterstützte die Endogenitätsdiagnose gegen die Diagnose einer neurotischen Depression.

Ein als zunehmend wichtig eingeschätzter Teil diagnostischer/prognostischer Überlegungen zu Verlauf und Ausgang der Erkrankung sind belasten-

Tabelle 1: Testergebnisse

Bereich	Meßinstrument	Ergebnis
Depressivität	Beck Depressions Inventar (BDI, Beck et al., 1961)	36 (max. 63)
	Hamilton-Depressions-Skala (HAMD, Hamilton, 1960)	36 (max. 67)
	Newcastle-Scale (Camey et al., 1965)	7 (max. 18)
Verhalten/ Aktivität	Eigenschaftswörterliste (EWL-K-60, Janke & Debus, 1978):	
	– Leistungsbezogene Aktiviertheit	1 (max. 24)
	– Allgemeine Desaktivität	23 (max. 36)
affektiver Syndrombereich	Eigenschaftswörterliste (EWL-K-60):	
	– Allgemeines Wohlbefinden	0 (max. 24)
	– Emotionale Gereiztheit	18 (max. 36)
	– Angst	21 (max. 36)
somatischer Syndrombereich	Beschwerdeliste (BL, Zerssen, 1971)	41 (max. 72)
kognitiver Syndrombereich	Dysfunctional Attitude Scale (DAS, Hautzinger, 1985)	192 (max. 280)
	Self-Control-Schedule (SCS, Rosenbaum, 1980)	–53 (max. 108)
	Erwartungs-BDI (Beck et al., 1961)	38 (max. 63)
Persönlichkeits- variablen	Eigenschaftswörterliste (EWL-K-60):	
	Extraversion/Introversion	9 (max. 24)
	Eysenck Persönlichkeitsfragebogen (E-P-1, Eysenck & Eysenck, 1975):	
	– Extraversion	2 (max. 24)
	– Neurotizismus	19 (max. 24)

de bzw. protektive Faktoren in der Person und/oder im Umfeld des Patienten.

Als belastende Faktoren bei Herrn A. werden gesehen: überdauernde soziale Unsicherheit, Angst, Introversion, das hohe Ausmaß körperlicher Beschwerden sowie die ausgeprägt negative Zukunfts- und auch Therapieerwartung (siehe 3. Erklärungsansätze). Weiterhin stellten die Leistungsansprüche, denen sich Herr A. trotz Depression aussetzte (Vollzeitberufstätigkeit plus Bewirtschaftung des landwirtschaftlichen Kleinbetriebs) eine beständige Überforderungssituation mit potentiellen körperlichen Erschöpfungsfolgen dar.

Als protektive Faktoren wurden gesehen: die Beibehaltung der Berufstätigkeit als Schutz vor totalem Selbstwertverlust, die berufliche Arbeit selbst als Schutz vor totalem Aufgehen in negativ-selbstbezogenem Grübeln, Ehefrau und Kinder als Schutz vor Suizidalität sowie die Medikation als zumindest partieller Schutz vor einem Zusammenbrechen der anderen Schutzfaktoren.

### 3 Erklärungsansätze

Wenn man – wie auch im Kapitel zur sozialen Phobie (Reinecker, in diesem Band) vorgeschlagen – in bezug auf die zahlreichen psychologischen Erklärungsansätze depressiver Störungen zwischen Vorhersagen zu prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren unterscheidet, so ist Herr A. insofern ein typischer, auch das Grundlagenwissen über die Störung repräsentierender Fall, in dem mit größerer Sicherheit Aussagen zur Prädisposition und zur Aufrechterhaltung möglich sind als zur Verursachung/Auslösung der depressiven Episode.

Die in unseren Augen wichtigsten prädisponierenden Faktoren auf psychologischer Seite (biologische Untersuchungen wurden nicht durchgeführt) werden in der Introversion, Angst und sozialen Gehemmtheit und den daraus resultierenden Defiziten in der Entwicklung des sozialen Verhaltensrepertoires gesehen. Für Vertreter des Verstärkerverlustmodells der Depression (u. a. Lewinsohn, 1974; Coyne, 1976) stellen Aspekte des sozialen Interaktionsrepertoires, z. B. die Begrenztheit der Interaktionsbreite und die nicht gelernte Fähigkeit, Verstärkungen zu akzeptieren oder zu senden, Vulnerabilitätsfaktoren dar. Martin (1985) postuliert negative Affektivität als einen zur Depression prädisponierenden Vulnerabilitätsfaktor, weil die chronisch erhöhte Aktivierung kognitiver Prozesse um negativ-selbstbezogene Inhalte sowie die während einer depressiven Episode ähnlich verzerrt ablaufenden Informationsverarbeitungsprozesse sich summieren. Nach Eysenck (1979) sind Introvertierte chronisch mehr erregt und das mit sozialer Interaktion steigende arousal wird für sie aversiv und begünstigt soziales Rückzugsverhalten. Eindeutiger noch als bei Neurotizismus sehen Barnett & Gotlib (1988) die prädiktive Rolle von Introversion als erwiesen an.

Vom prämorbidem Erscheinungsbild des Patienten her sind weiterhin Merkmale einer Typus-melancholicus-Struktur unübersehbar: Gewissenhaftigkeit, Arbeitseifer, Traditions- und Normengebundenheit. Auch die von Metcalfe et al. (1975) bei endogenen Depressiven außerhalb der Phase gefundenen Merkmale wie „Schwierigkeiten in der Umstellung von Ar-

beitsanforderungen, Ausweichen vor Arbeit, die schnelle Entscheidungen erfordert, leicht auslösbares Sich-unter-Druck-fühlen bei verantwortlichen Aufgaben und schlechte Konzentration unter ablenkenden Umgebungsbedingungen“ sind typisch für Herrn A. Kognitive prädisponierende Faktoren bei Herrn A. sind ausgeprägte negative Selbst-Schemata (insbesondere im sozialen und Leistungsbereich) bei Fehlen eines ausgleichend oder puffernd wirkenden Netzwerks positiver selbstbezoglicher Schemata. Als motivationaler prädisponierender Faktor imponiert Lageorientierung, d. h. die Neigung einer Fixierung der Aufmerksamkeit entweder auf einen als unbefriedigend erlebten Ist-Zustand oder auf einen von hohen Standards geprägten Soll-Zustand (Kuhl & Kazen-Saad, 1989). Die im Selbstregulationsmodell der Depression von Kanfer & Hagerman (1981) formulierten Vulnerabilitätsfaktoren (hohe Maßstäbe in bestimmten Lebensbereichen, unklare Standardsetzungen, hohe Rate an habitueller Selbstkritik und eingeschränktes Bewältigungsrepertoire) können aus den Äußerungen von Herrn A. zu seiner prämorbidem Entwicklung ebenfalls als gegeben angenommen werden. Inwieweit der Tod der Mutter als Trauma-Faktor (wie von Brown, 1978, und Beck et al., 1986, postuliert) eine prädisponierende Bedeutung hatte, ist dagegen aus den jetzigen Äußerungen des Patienten schwer abschätzbar.

Es wird bezüglich der prädisponierenden Faktoren zusammenfassend deutlich, daß für Herrn A. Vulnerabilitätsfaktoren unterschiedlicher Modelle zutreffen. Die Entstehung seiner Depression ist bereits bei alleiniger Betrachtung der psychologischen Seite redundant begünstigt, fast überdeterminiert. Eine fragliche genetische Vulnerabilität und weitere hier nicht untersuchte biologische Vulnerabilitätsfaktoren (z. B. als Antwort auf die konstante Überforderungssituation seit früher Jugend) mögen hinzukommen.

Was genau den vor 6 Jahren datierten relativ abrupten Beginn der depressiven Erkrankung auslöste bzw. den Beginn einer als behandlungsbedürftig erkannten Episode, ist dagegen nur sehr spekulativ möglich, da nach Angaben des Patienten besonders Gravierendes oder Einschneidendes aus dieser Zeit nicht berichtet wird.

Die drei für den Ausbruch der Episode wahrscheinlichsten Konstellationen könnten jeweils allein oder in Kombination vorgelegen haben:

1. Ausbruch der Depression als Resultat von über lange Zeit aufrechterhaltenen Bewältigungsversuchen, die zu einer Erschöpfung der Kapazität neurohumoraler Übertragungen geführt haben: „Before this point, various neuro-endocrine and neurotransmitter systems may have been put into instable states, but at the point of coping failure serious pathology emerges“ (Gilbert, 1984, S. 166);

2. Eine vom Patienten nicht mit dem Erkrankungsausbruch in Verbindung gebrachte, jedoch generell berichtete Verschlechterung der Beziehung zur Ehefrau, evtl. einhergehend mit einer Libido- und Potenzstörung mit schwerwiegenden Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl;
3. ein vom Patienten ebenfalls nicht direkt mit dem Episodenbeginn assoziierter Verlust einer Aufgabe, nachdem ein großes zusätzliches Projekt, der Bau eines Hauses, abgeschlossen war, jedoch der Traum, es jemals selbst beziehen zu können, wegen der wirtschaftlichen Schwierigkeiten in weite Ferne rückte.

Die Aufrechterhaltung der Depression erscheint wiederum fast überdeterminiert, was ein Grund für ihre ungewöhnlich lange Dauer sein könnte.

Herr A. beobachtete Leistungs- und Konzentrationsschwierigkeiten bei sich und verarbeitete sie schuldhaft. Im Sinne attributionstheoretischer Erweiterungen des Modells der Gelernten Hilflosigkeit attribuiert er die wahrgenommenen Mißerfolge internal, global und stabil. Nicht vermeidbare soziale Interaktionen werden über Vorwürfe und familiäre Auseinandersetzungen zunehmend aversiv. Das erhöhte arousal intensiviert die Rückzugsmotivation und einen internen Wahrnehmungsfokus. Da negative Selbst-Schemata vorherrschen bzw. immer leichter durch zahlreichere Situationen auslösbar sind, trägt die Aufmerksamkeitsverlagerung nach innen zu einer Erregungssteigerung und einer immer stärkeren Aktivierung selektiv-negativer Informationsaufnahme und -verarbeitung bei. Der – einzige – Bewältigungsmechanismus, Aufrechterhaltung der Arbeit und Aufrechterhaltung eines „normalen“ Eindrucks nach außen hin, ebenso wie die mit der Depression einhergehenden Schlafstörungen und die Nebeneffekte der in der Hauptsache unzureichend wirkenden Medikamente verstärken die Erschöpfungs- und Überforderungssituation. Die Gedanken zur eigenen als total verantwortlich wahrgenommenen Person sowie zur Umwelt und zur Zukunft kreisen nur noch um Inhalte der negativen kognitiven Triade und die schweren Symptome der Gefühllosigkeit (evtl. auf biologischer Ebene Folge einer „streßinduzierten Analgesie“), der Depersonalisation und der Suizidwünsche gewinnen Raum.

Dies stellt eine mögliche Abfolge von aufrechterhaltenden Mechanismen dar. In der Grundlagenforschung ist jedoch nicht geklärt, ob z. B. höheres arousal einen internen Wahrnehmungsfokus begünstigt oder ein interner Wahrnehmungsfokus höheres arousal zur Folge hat oder ob diese beiden Zustände als Folge einer übergeordneten Variablen immer verknüpft auftreten. Es ist jedoch im Falle von Herrn A. unschwer möglich, unter Einbeziehung älterer und neuerer Depressionsmodelle Erklärungshypothesen dafür zu liefern, warum die Depression nicht endet. Alle Hypothesen laufen, wie im Lehrbuchkapitel (Hautzinger & de Jong, 1994) geschildert,

darauf hinaus, daß auf dem Boden zur Depression disponierender Faktoren aus einer selektiv negativen unter hohem arousal ablaufenden Informationsaufnahme und -verarbeitung syntone, idiosynkratische Netzwerkaktivierungen ablaufen, die bei fehlendem Gegengewicht (z. B. positive Selbst-Schemata oder wahrgenommene Anerkennung von außen) den Teufelskreis aufrechterhalten.

## 4 Interventionsprinzipien

In der Depressionstherapie erfolgreiche Interventionsprinzipien bestehen in verhaltensübenden und kognitionsverändernden Strategien (de Jong, 1987). Bei schwerer Depression liegen Hinweise dafür vor, daß zunächst verhaltensübende Strategien indiziert sind (de Jong et al., 1986). Die offenkundigen Therapieziele bei Herrn A. bestehen in einer Entlastung seiner Überforderungssituation, im Aufbau von als befriedigend erlebbaren Aktivitäten sowie in einer Verbesserung seiner kommunikativen Fähigkeiten und der Reduzierung der Angst in sozialen Interaktionen. Diese Ziele können mit den Komponenten „Aktivitätsaufbau“ und „Aufbau sozialer Kompetenz“, wie sie Bestandteile aktueller Depressionsprogramme sind (Hautzinger et al., 1989), erreicht werden. Voraussetzung für ihren Einsatz ist jedoch ein minimales Ausmaß von Veränderungserwartung und Kommunikationsfähigkeit, um das Rationale und die Interventionsprinzipien sowie erste Erfolgserlebnisse zu vermitteln. Bei Herrn A. lagen diese Voraussetzungen zu Therapiebeginn jedoch nicht vor. Die Psychotherapie bot für ihn wenig Perspektive, und er hatte keine Ziele, da ihm die Art der Arbeit völlig unbekannt war. Mit Hoffmann (1976) mußte daher zunächst versucht werden, die Basisvoraussetzungen einer vertrauensvollen Therapeut-Patient-Beziehung aufzubauen, die Kontaktaufnahme zu fördern und Hoffnung auf Änderbarkeit zu vermitteln.

Während dieser Anfangsphase versuchte die Therapeutin, Fähigkeiten sozialer Kommunikation zu fördern (Verstärken von Blickkontakt und von verbalen Äußerungen, Rückmeldung, welche Gefühle seine Gestik und Mimik auslösten). Erstes gemeinsam und transparent mit dem Patienten erarbeitetes Therapieziel war im Rahmen einer funktionalen Verhaltensanalyse die Bewußtmachung und Kommunikation von Gedanken, Gefühlen und Handlungsimpulsen. Allmählich nahm Herr A. das Therapieangebot an. In ganz kleinen Schritten sprach er von Stunde zu Stunde mehr. Er äußerte später große Erleichterung darüber, über Gefühle und Erlebnisse gesprochen zu haben, die er vorher nie mitgeteilt hat, und trotzdem Akzeptanz gespürt zu haben. Schwierig war, daß der Klient zunächst Hausaufga-



ben aus Angst vor Fehlern nicht schriftlich machen wollte. Bei der mündlichen Bearbeitung der Gedanken und Gefühle zu alltäglichen Situationen zeigte sich jedoch eine erstaunliche Differenziertheit der Selbstbeobachtung, die die funktionale Analyse von Angst- und Vermeidungssituationen sehr erleichterte. Mit der verbalen und nonverbalen Kontaktaufnahme zur Therapeutin war der erste wesentliche Schritt der Therapie getan.

Herr A. lernte mit zunehmender Differenziertheit, Gefühle und Impulse wahrzunehmen, sah jedoch noch keine Möglichkeit, diese Erfahrungen in seinen Alltag zu übertragen und dort irgendwelche Änderungen vorzunehmen.

Ein Ergebnis der Verhaltensanalyse bezüglich des Arbeits- und Leistungsbereichs war die totale Überforderung und Überlastung, der sich der Klient aussetzte. Er brauchte für notwendig werdende Reparaturarbeiten an landwirtschaftlichen Geräten doppelt so viele Stunden oder sogar mehrere Tage. Die schuldhafte Verarbeitung von Mißerfolg in diesem Zusammenhang sowie seine Art Probleme anzugehen, aktivierte nicht nur den depressiven Teufelskreis der Gedanken und Gefühle, sondern schuf wiederum Zeitdruck für die vielen anderen Aufgaben. Das Scheitern des Aufbaus angenehm erlebbarer Aktivitäten aus Zeitmangel sowie die vermutete Bedeutung der Überforderung für Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression veranlaßten die Therapeutin, den Patienten zumindest zu einer Krankschreibung zu motivieren. Dies gelang unter Überwindung großer Angst und stellte den rückblickend zweiten wichtigen Schritt in der Therapie dar. Es wurde dann mit dem Aufbau angenehm erlebbarer Aktivitäten begonnen. Die Entspannung, das tägliche Fahrradfahren (Wunschziel des Klienten war der benachbarte Friedhof!), weitere Aktivitäten wie Einkaufen und Kochen, Reparaturarbeiten, Schwimmen, ein Junikornfeld im Wind beobachten und ähnliches führten zu einer raschen und deutlichen Besserung der Stimmung und des Schlafes. Dieser Therapieabschnitt war insofern wichtig, als der Klient lernte, seine auch in der Therapie spürbare Verweigerung aufzugeben und neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Er lernte dabei, daß er seine Stimmung beeinflussen konnte, was ihm neue Perspektiven eröffnete und seine Motivation für weitere Veränderungen stärkte.

Eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit in der Familie war das nächste vorgesehene Therapieziel. Da die Ehefrau auf die zunehmenden Aktivitäten besonders deshalb befremdet reagierte, da ihr Mann sie – wie in der Therapie abgesprochen – allein unternahm, schien es sinnvoll, parallel zum „Aktivitätsaufbau“ die Ehefrau mit in die Therapie einzubeziehen. Es fanden insgesamt zehn gemeinsame Sitzungen statt. Während der funktionalen Analyse der problemorientierten Paarsitzungen wurde deut-

lich, daß Frau A. allein durch ihre Impulsivität und Lebhaftigkeit dazu neigte, Lösungsvorschläge zu machen bzw. Einwände seitens Herrn A. sehr schnell vom Tisch zu fegen und daß Entscheidungen getroffen wurden, die letztlich nicht die Zustimmung von Herrn A. fanden. Auch wurde deutlich, daß sich das Ehepaar bei der Suche nach gemeinsamen Zielen gegenseitig schnell entmutigte, mit Äußerungen wie „Das geht doch sowieso nicht, weil . . .“, so daß es nicht zu einer Zielklärung und noch weniger zu Absprachen über gemeinsame Wege zur Erreichung eines Zieles kam.

Während des Problemlösetrainings konnten sich beide eindeutig auf das gemeinsame Ziel „Aufgabe des Hofes“ einigen und auch Alternativziele übereinstimmend entwickeln. Bei der Mittelanalyse lernten sie die Methode des Brainstormings. Es wurden erste Handlungsschritte ausgewählt, und Herr A. entschied sich, seinen Verwalter aufzusuchen, um mit ihm die Auflösung des Pachtvertrages zu besprechen. Er hatte vor diesem Gespräch große Angst, in Rollenspielen wurde deshalb die Situation geübt, und negative Erwartungen wurden disputiert. Seine nach kurzer Zeit initiierte Verhandlung mit dem Verpächter war erfolgreich, und es entwickelten sich daraus günstige Perspektiven. Der dritte entscheidende Schritt im Therapieverlauf war der Erfolg dieses Gespräches, die Erfahrung, Probleme selbständig lösen zu können, zu handeln statt zu resignieren. Es trat im Verhalten eine deutliche Veränderung auf. Herr A. erschien mit einer kleinen Mappe, in der er die Therapieunterlagen sammelte. Nach anfänglichem Zögern durfte die Therapeutin auch auf seine schriftlichen Aufzeichnungen blicken. Der Klient hatte befürchtet, wegen mangelnder Rechtschreibfähigkeiten kritisiert zu werden. Realistisch war, daß die Aufzeichnungen fast fehlerfrei waren. Herr A. machte sich nach den Therapie-sitzungen Notizen, begann Therapiesitzungen vorzubereiten, führte Aktivitätenpläne und versuchte insgesamt, möglichst viel aus der Therapie zu lernen.

In dieser Phase der Therapie wurde mit kognitionsverändernden Therapie-strategien begonnen. Herr A. lernte die Drei-, später die Fünf-Spalten-Technik kennen. Es wurden dysfunktionale Annahmen wie „alles für den Hof“, „ich bin ein totaler Versager“, „nur durch Anpassung kann ich Liebe erreichen“, „nur wenn ich fleißig, gefällig, unterwürfig bin, werde ich von meiner Frau akzeptiert“ in der Therapie identifiziert, disputiert und relativiert. Auch mit der Ehefrau wurden zentrale Gedanken wie „in einer Familie müssen alle Familienmitglieder immer alles gemeinsam machen“ bearbeitet. Herr A. lernte über diese Strategien, daß es nicht schlechte und gute Verhaltensweisen gibt, sondern günstige bzw. eher ungünstige Verhaltensweisen, und daß er frei darüber entscheiden kann, welche Verhaltensweise er wählt. Er erarbeitete alternative Gedanken wie „ich möchte so

sein dürfen, wie ich bin“. Er lernte den Unterschied zwischen dem Bedürfnis, allein zu sein, und Isolation und daß er für sich ein gesundes Maß finden muß, nein sagen zu können, sich Arbeit aufbürden zu lassen. Er konnte für sich formulieren „ich lasse zuviel laufen, nehme zu wenig selbst in die Hand“, ohne dies als schuldhaft anzusehen. Er war auch zunehmend in der Lage, konkrete Schritte anzuvisieren, dabei jedoch seine immer noch bestehende Depressivität und Angst akzeptierend zu berücksichtigen.

Die letzte Phase der Therapie stellte eine Verbindung zwischen kognitionsverändernden Schritten und Übungen im sozialkommunikativen Bereich dar. Herr A. hatte formuliert „Ich möchte meine unterlegene Position gegenüber meiner Ehefrau verändern, meinen Standpunkt einnehmen“. Er berichtete über aggressive Impulse, wenn diesen Bedürfnissen nicht entgegengekommen wurde. Er wurde ermutigt, und es wurde geübt, diese ihn verunsichernden aggressiven Gefühle sozial kompetent auszudrücken. Deutlich wurde, daß er keine Kompromisse aushandelte, sondern zu sehr nachgab, Schwierigkeiten hatte, seinen eigenen Standpunkt zu finden, sich auch unklar darüber war, was er eigentlich wollte. Er wurde wieder mit seinen Selbstzweifeln konfrontiert und hatte Angst, als nicht normal zu gelten, wenn er Forderungen stellt. Dies war nochmals eine instabile Phase der Therapie. Es wurden Kognitionen bearbeitet wie „du bist kein normaler Mann“. Hier konnte der Klient über seine sexuellen Versagensgefühle während der Depression sprechen, die er bislang nicht der Erkrankung zuordnen konnte.

Die Therapie wurde nach 75 Sitzungen abgeschlossen. Medikamentenfrei war der Patient etwa ab der 40. Sitzung. Zu Therapieende hatte der Patient gelernt, seine Probleme aktiv anzugehen und einen Großteil von Veränderungen wie die Aufgabe des Bauernhofes erfolgreich einzuleiten. Suizidalität konnte glaubhaft verneint werden. Es blieb eine Tendenz zu einer depressiven Grundstimmung, die an manchen Tagen mehr, an anderen weniger vorhanden war. Bei diesen gelegentlichen depressiven Verstimmungen wendete Herr A. die gelernten Techniken an, nahm z. B. einen Tag Urlaub, unternahm etwas für sich und sprach aus, was ihn bedrückte. Er beschrieb dies als immer noch sehr schwer, berichtete jedoch anschließend über das Gefühl der Erleichterung. Die eheliche Situation blieb zwar bis zum Ende der Therapie schwierig, es stellte sich jedoch eine deutliche Entspannung ein, der Klient konnte wieder gemeinsame Aktivitäten mit seiner Frau und seinen Kindern unternehmen, es wurden auch gemeinsame Urlaube verbracht. Das Berufsleben erlebt er als weniger überfordernd, und soziale Aktivitäten können in Grenzen ausgehalten werden. Gelegentliche Durchschlafstörungen, leichte Konzentrationsstörungen, leichte Ängstlichkeit und gelegentliche Kopfschmerzen sowie gelegentliche Tagesschwankungen zeigen an, daß zwar eine durchgreifende Besserung er-

reicht ist, der Patient jedoch nach wie vor eine eher depressiv-ängstliche Struktur aufweist. Dies verdeutlichen auch die Werte in den Fragebögen, die Herr A. zum Zeitpunkt einer Nachkontrolle etwa zwei Jahre nach Ende der Therapie ausfüllte (BDI: 4; BL: 4; DAS: 115; leistungsbezogene Aktiviertheit (EWL 1): 12; Allgemeine Desaktivität (EWL 2): 1; Extra-/Introversion (EWL 3): 12; Allgemeines Wohlbefinden (EWL 4): 10; Emotionale Gereiztheit (EWL 5): 3; Angst (EWL 6): 3).

## 5 Resümee

Das folgende Zitat aus dem Lehrbuchkapitel „Depressionen“ verdeutlicht die enge Verbindung zwischen den grundsätzlichen Vorstellungen zu psychologischen Depressionstherapien und der Umsetzung im Fall von Herrn A.:

„Die wesentlichen Elemente moderner psychotherapeutischer Depressionsbehandlung (vgl. Hautzinger et al., 1989; Hoffmann, 1976; Hautzinger & Hoffmann, 1979; de Jong et al., 1980; Blöschl, 1981) sind: Aufbau einer tragfähigen Beziehung, kurzfristige entlastende Maßnahmen, Aufbau angenehmer, verstärkender Aktivitäten, Abbau von belastenden Aktivitäten und Strukturen; Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kontakte; Veränderung einseitiger Wahrnehmungen und Bewertungsmuster; Korrektur absolutistischer Grundüberzeugungen und Einbezug der sozialen Kontaktpersonen (Partner, Familie). Die wiederholt bestätigte vergleichbare Effektivität theoretisch unterschiedlicher psychotherapeutischer Depressionsbehandlungen wird von Zeiss et al. (1979) auf vier Wirkgrößen zurückgeführt: Depressionstherapie ist dann erfolgreich, wenn 1. dem Patienten eine überzeugende Erklärung für die individuelle Erkrankung geliefert wird; 2. das Handeln geplant und strukturiert erfolgt und Hausaufgaben mit einschließt; 3. die Patienten durch die vorgeschlagenen Maßnahmen Erfolge, Verstärkung und Ablenkung erfahren; 4. die Patienten zu Selbstattributionen für die erzielten Veränderungen geführt werden.“

Die angewendeten Verfahren haben in einem ungewöhnlich langen Therapieprozeß geholfen, Herrn A. aus seinem Zustand tiefster Depression und hoher Verzweiflung sowie Suizidalität herauszuführen. Ursächliche oder differentialdiagnostische Fragen beantwortet dieser Therapieverlauf nicht. Wenn der dokumentierte Fall jedoch dazu beiträgt, die positive Veränderungserwartung klinischer Psychologen auch angesichts ungünstiger Vor-

aussetzungen zu stützen, würde unserer Ansicht nach ein wichtiger Wirkmechanismus von Depressionstherapien begünstigt.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Angst, J. (1987). Begriff der affektiven Erkrankung. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart* (Band 5). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Barnett, P.A. & Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97–126.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Blöschl, L. (1981). *Verhaltenstherapie bei depressiven Reaktionen*. Bern: Huber.
- Bronisch, Th. & Hecht, H. (1990). Major depression with and without a coexisting anxiety disorder: Social dysfunction, social integration and personality features. *Journal of Affective Disorders*, 17, 229–236.
- Brown, G.W. & Harris, T.O. (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock Press.
- Carney, M.W.P., Roth, M. & Garside, F. (1965). The Diagnosis of Depressive Syndromes and the Prediction of E.C.T. Response. *British Journal of Psychiatry*, 111, 659–674.
- Coyne, J.C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 14–27.
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mombour, W. (1980). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der Internationalen Klassifikation der WHO ICD-9*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1991). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der Internationalen Klassifikation der WHO ICD-10*. Bern: Huber.
- Eysenck, H.J. (1979). The conditioning model of neurosis. *Behavioural and Brain Sciences*, 2, 155–199.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*. London: Hodder & Stoughton.
- Gilbert, P. (1984). *Depression: From Psychology to Brain State*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56–62.

- Hautzinger, M. (1985). Skalen dysfunktionaler Einstellungen. Eine deutsche Version der Dysfunctional Attitude Scale. *Diagnostica*, 31, 312–323.
- Hautzinger, M. & Hoffmann, N. (1979). *Depression und Umwelt*. Salzburg: Otto Müller.
- Hautzinger, M. & de Jong, R. (1998). Depressionen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Stark, W. & Treiber, R. (1989). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hoffmann, N. (1976). *Depressives Verhalten*. Salzburg: Otto Müller.
- Janke, W., Debus, G. (1978). *Die Eigenschaftswortliste*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- de Jong, R. (1987). *Neurotische Depression und psychologische Therapie*. Frankfurt, Bern: P. Lang.
- de Jong, R., Hoffmann, N. & Linden, M. (1980). *Verhaltensmodifikation bei Depressionen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- de Jong, R., Treiber, R. & Henrich, G. (1986). Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with severe and chronic depressions. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 645–663.
- Kanfer, F.H. & Hagermann, S. (1981). The role of self-regulation. In L.R. Rehm (Ed.), *Behaviour therapy for depression. Present status and future directions*. New York: Academic Press.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Endicott, J., Coryell, W. & Kleman, G.L. (1983). „Double depression“: Two-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 689–694.
- Kuhl, J. & Kazen-Saad, M. (1989). Motivationale und volitionale Aspekte der Depression: die Rolle der Lageorientierung. In R. Straub, M. Hautzinger & G. Hole (Hrsg.), *Denken, Fühlen, Wollen und Handeln bei depressiven Menschen* (S. 30–37). Frankfurt a. M., Bern, New York, Paris: Peter Lang.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioural approach to depression. In R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression*. New York: Wiley.
- Martin, M. (1985). Neuroticism as predisposition toward depression: A cognitive mechanism. *Personality and Individual Differences*, 6, 353–365.
- Metcalfe, M., Johnson, A.L. & Coppen, A. (1975). The Marke-Nyman temperament scale in depression. *British Journal of Psychiatry*, 126, 41.
- Rosenbaum, M. (1980). A Schedule for Assessing Self-Control Behaviours: Preliminary Findings. *Behaviour Therapy*, 11, 109–121.
- Zeiss, A.M., Lewinsohn, P.M. & Munoz, R.F. (1979). Non-specific improvement effects in depression using interpersonal skill training, pleasant activity schedule, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 254–260.
- Zerssen, D.v. (1971). Die Beschwerdeliste als Test. *Therapiewoche*, 21, 1908–1914.

## Kapitel 8

# Persönlichkeitsstörung

Peter Fiedler, Heidelberg

## Einführung

Unter Persönlichkeitsstörungen werden vor allem sozial extrem unflexible und wenig angepaßte Verhaltens- und Interaktionsauffälligkeiten verstanden. Die meisten Autoren betonen den Aspekt der Interaktionsstörung und betrachten Persönlichkeitsstörungen entsprechend als komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens (vgl. Fiedler, 1994, 1997). Die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ darf jedoch nicht grundsätzlich bei Vorliegen von Interaktionsstörungen vergeben werden. Vielmehr wird in den aktuell Diagnosesystemen DSM-IV und ICD-10 als Leitprinzip dafür gefordert, (a) daß die Leistungsfähigkeit der Betroffenen in der Folge der Persönlichkeitsstörungen erheblich beeinträchtigt ist und/oder (b) daß die Interaktionsprobleme der Betroffenen zu erheblichen subjektiven Beschwerden führen (vgl. American Psychiatric Association, 1996; Dilling, Mombour & Schmidt, 1991). Für die Diagnosevergabe darf also nicht die Verhaltensdevianz allein oder etwa das Leiden oder nur die Mitbetroffenheit der Bezugspersonen maßgeblich sein, sondern die Einschränkung der sozialen und interaktionellen Kompetenz der Betroffenen (vgl. Tabelle 1 mit einer Auflistung der Bezeichnungen und einiger interpersoneller Grobcharakterisierungen der elf wichtigsten Persönlichkeitsstörungen aus dem DSM-IV).

Persönlichkeitsstörungen werden im multiaxialen Diagnosesystem des DSM-III-R (wie auch des aktuelleren DSM-IV) auf einer eigenen Achse diagnostiziert. Dieser Aspekt macht darauf aufmerksam,

- 1) daß Persönlichkeitsstörungen mit spezifischen psychischen Störungen (beispielsweise einer Phobie, der Depression oder einer Bulimie, die im DSM auf der Achse 1 kodiert werden) in einen Zusammenhang gestellt

Tabelle 1: Übersicht über die Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV sowie wesentliche interpersonelle Verhaltensmerkmale

**Persönlichkeitsstörungen Gruppe A (sonderbar und exzentrisch)**

**Paranoide Persönlichkeitsstörung:**

Neigung, die Handlungen anderer als absichtlich erniedrigend oder bedrohlich zu interpretieren

**Schizoide Persönlichkeitsstörung:**

Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen und eingeschränkte emotionale Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit (unnahbar)

**Schizotypische Persönlichkeitsstörung:**

kognitive Eigentümlichkeiten (Beziehungsideen, seltsame Überzeugungen oder Wahrnehmungen); im äußeren Verhalten seltsam und exzentrisch; Mängel in sozialen Beziehungen

**Persönlichkeitsstörungen Gruppe B (dramatisch, emotional, launisch)**

**Antisoziale Persönlichkeitsstörung:**

verantwortungsloses und antisoziales Verhalten (schon ab dem 15. Lebensjahr); nicht angepaßt, reizbar und aggressiv, rücksichtslos und ohne Reue

**Borderline-Persönlichkeitsstörung:**

Identitätsstörungen (Unsicherheit über Selbstbild, sexuelle Beziehungen, Ziele); intensive, instabile und extreme soziale Beziehungen zwischen Überidealisierung und Abwertung; affektive Instabilität (Stimmungsschwankungen)

**Histrionische Persönlichkeitsstörung:**

übermäßige Emotionalität (starke, zur Schau gestellte Emotionen, leicht erregbar); übermäßiges Verlangen nach Aufmerksamkeit, Anerkennung und Lob

**Narzisstische Persönlichkeitsstörung:**

übertriebenes Selbstwertgefühl von Großartigkeit und Besonderheit; überempfindlich gegenüber Einschätzung durch andere; Mangel an Einfühlungsvermögen (anspruchsvoll, neidisch)

**Persönlichkeitsstörungen Gruppe C (ängstlich und furchtsam)**

**Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung:**

soziales Unbehagen und Rückzug; Angst vor negativer Bewertung; allgemeine Schüchternheit

**Dependente Persönlichkeitsstörung:**

abhängiges, unterwürfiges Verhalten; mangelnde Selbständigkeit und Entscheidungsunfähigkeit; Angst vor Verlassenwerden und vor Kritik

**Zwanghafte Persönlichkeitsstörung:**

Perfektionismus (nichts ist gut genug; sich verlieren in Regeln und Details); Starrheit (Beharren auf Vorgehensweisen, Unentschlossenheit, übermäßig Gewissenhaftigkeit)

**Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung:**

passiver Widerstand gegenüber Anforderungen und Leistungserwartungen im beruflichen und sozialen Bereich



werden können. Persönlichkeitsdiagnosen können also zusätzlich vergeben werden, wenn sie gleichzeitig mit einer spezifischen psychischen Störung auftreten (sog. Komorbidität). Die multiaxiale Diagnostik impliziert weiter,

- 2) daß Persönlichkeitsstörungen aufgrund einer Problemanalyse auch zur Hauptdiagnose werden können, wenn die spezifischen Probleme, mit denen die Patienten in die Therapie kommen, vorrangig Interaktionsstörungen sind und dann als solche ausschließlich eine Diagnosestellung auf der Achse II zulassen.

Eine gesonderte Diagnose von Persönlichkeitsstörungen kann jedoch auch nachträglich, im Verlauf der Therapie spezifischer psychischer Störungen sinnvoll in Betracht gezogen werden, wenn es im Rahmen der Behandlung wiederholt zu Beziehungsschwierigkeiten zwischen Therapeut und Patient kommt. Die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung gilt als besonders bedeutsamer Prädiktor für den späteren Therapieerfolg. Und therapeutische Krisen sind zumeist dafür verantwortlich, daß der günstige Verlauf maßgeblich behindert wird und die Therapie zu scheitern droht. Aus diesem Grund wird es ganz allgemein sinnvoll sein, die besonderen Interaktionseigenarten und Interaktionsprobleme von Patienten möglichst frühzeitig mitzubeurteilen, damit sich der Therapeut interaktionell darauf einstellen kann, Krisen der Therapeut-Patient-Interaktion zu vermeiden.

Da die Kriterien der Persönlichkeitsstörungen in den aktuell gültigen Diagnosesystemen immer die Beurteilung des Interaktionsverhaltens beinhalten, bieten sie sich als erste Orientierung und Einordnung geradezu an. Und wichtige Überlegungen und Hilfestellungen, wie bei auffälligen Persönlichkeitseigenarten oder gar -störungen die Therapeut-Patient-Beziehung neu strukturiert werden sollte, finden praktisch arbeitende Therapeuten in aktuellen Arbeiten und Büchern über Persönlichkeitsstörungen, die zunehmend von Autoren mit unterschiedlicher Therapieausrichtung publiziert werden. Als Beispiele seien hier die Buchpublikationen von Beck, Freeman et al. (1993), Fiedler (1997) und Turkat (1990) erwähnt sowie eine eigene Arbeit, die dem besonderen Aspekt der Entstehung und Vermeidung therapeutischer Krisen bei Persönlichkeitsstörungen gewidmet ist (Fiedler, 1997).

Der nachfolgende Fall ist nun gerade unter dem letztgenannten Aspekt ausgewählt worden. Am Beispiel einer Patientin mit einer Agoraphobie soll gezeigt werden, welche Konsequenzen sich durch die frühzeitige diagnostische Abklärung, ob zusätzlich zur Agoraphobie an eine Persönlichkeitsstörung gedacht werden kann, für die Planung und den weiteren Verlauf der Behandlung ergeben können. Bei der weiteren Lektüre bleibt angesichts der Vielzahl und Heterogenität der Persönlichkeitsstörungen (vgl.

Tabelle 1) jedoch zwingend zu beachten, daß das gewählte Vorgehen nicht auf jene Persönlichkeitsstörungen hin generalisiert werden kann, die nicht im vorliegenden Fall thematisch waren. Obwohl im folgenden Fall die Behandlung der Agoraphobie sehr wohl im Mittelpunkt der Behandlung stand, wird die Phobie nachfolgend nur zweitrangig als Orientierung für den formalen und inhaltlichen Aufbau der Fallbeschreibung dienen.

### *Biographische Angaben*

Frau P. ist 36 Jahre alt und von Beruf Sekretärin. Sie wird uns von der Ambulanz der psychiatrischen Klinik zur verhaltenstherapeutischen Behandlung einer Agoraphobie mit Panikstörung überwiesen. Die Patientin leidet seit etwa 6 Jahren an der phobischen Störung, die sich bei ihr in der Folge einer epileptischen Erkrankung entwickelt hat (Angst davor, in der Öffentlichkeit einen Anfall zu erleiden; Panik entsteht häufig bereits durch das „Denken an die schrecklichen Folgen“, die es haben könnte, etwa auf belebter Einkaufsstraße bei einem Epilepsie-Anfall keine Hilfe zu erhalten). Die Epilepsie besteht seit etwa 8 Jahren. Ein epileptischer Anfall ist seit etwa 3 Jahren jedoch nicht mehr aufgetreten, bedingt durch eine erfolgreiche medikamentöse antiepileptische Rückfallprophylaxe. Neurologische Untersuchungen der letzten Jahre haben immer wieder zu dem Ergebnis geführt, daß die Antiepileptikabehandlung fortgesetzt werden muß.

Frau P. ist geschieden und lebt zur Zeit zusammen mit ihren Eltern, einer Tante und einem Onkel im Haus der ebenfalls noch lebenden Großmutter in einem Dorf, etwa 10 km entfernt von der Stadt, in der sie ihren Beruf ausübt. Seit etwa sechs Monaten hat sie erneut eine enge Beziehung zu einem etwa 10 Jahre jüngeren Mann und trägt sich mit dem Gedanken, diesen möglicherweise zu heiraten.

Die Patientin gibt an, sich nicht an ihre Kindheit (vor dem 10. Lebensjahr) erinnern zu können. Sie habe jedoch das Gefühl, daß diese weitgehend unbeschwert und sorgenfrei verlaufen sei. Sie sei wohl immer ein fröhliches Kind gewesen (das werde ihr von den Eltern und der Großmutter berichtet). In der Schule sei sie ohne Probleme zurecht gekommen; das jedenfalls wisse sie ziemlich genau, denn jegliches Lernen sei ihr immer – auch heute noch – ohne viel Anstrengung leicht gefallen. Leider habe sie nur die mittlere Reife gemacht, wäre ansonsten – aus heutiger Sicht – gern Lehrerin geworden. Heute fühle sie sich wegen der Ängste und eben ganz im Unterschied zu früher selbstunsicher, vielfach körperlich krank, komme dauernd ins Schwitzen, habe Konzentrationsschwierigkeiten und sei zunehmend unfähig, eigene Entscheidungen zu treffen.

Probleme im Elternhaus habe es eigentlich nur mit dem Vater gegeben. Der habe sie häufig kritisiert, gelegentlich geschlagen und ihr immer ausgesprochen viel abverlangt. „Der konnte schon aus der Haut fahren, wenn ich nicht mit einer ‚eins‘ in der Klassenarbeit nach Hause kam!“ Glücklicherweise habe die Mutter ihre versteckten Talente gesehen und sie immer vor den Forderungen des Vaters in Schutz genommen. Das sei auch heute noch so, wo der Vater zunehmend darauf dränge, daß sie sich endlich einen „vernünftigen Mann“ suche und von zuhause fortziehe. Des Vaters Verhalten könne sie gelegentlich so „zur Weißglut“ bringen, daß es zu langandauernden Streitereien mit ihm komme, die selbst die Mutter nicht mehr schlichten könne. „Zur Zeit . . .“ berichtet die Patientin im Erstinterview „... läuft gerade ‚Sendepause‘ zwischen uns beiden; aber das ist auch nur schwer auszuhalten.“ Zur Mutter bestehe eine innige Abhängigkeitsbeziehung, die sich u. a. darin ausdrücke, daß sie sich wechselseitig „von den Augen ablesen“ könnten, was der andere gerade möchte und bräuchte.

Der Gesundheitszustand habe sich zeitweilig mit 17 bis 19 Jahren verschlechtert (Magengeschwüre und Nierenbeckenentzündung; über mehrere Jahre in ärztlicher Behandlung). Die Patientin führt dies auf zunehmende Probleme mit ihrem Vater zurück. Die Beschwerden seien nämlich schlagartig zurückgegangen, nachdem der Vater mit seiner ständigen Kritik aufgehört habe; dies sei geschehen, als sie etwa mit zwanzig Jahren zu Hause eröffnet habe, daß sie daran denke, bald zu heiraten.

Den früheren Ehemann habe sie vor 15 Jahren kennengelernt. Gemeinsam hätten sie Pläne für einen Umzug in ein Dorf, weit entfernt vom Elternhaus ausgearbeitet. Der Umzug ins neue Haus sollte kurz nach der Hochzeit stattfinden. Während der Verlobungszeit lernt die Patientin während eines Tanzturniers (sie betreibt Tanzen als Sport) einen Ballett-Tänzer kennen, in den sie sich verliebt. Als dieser eine neue Anstellung in einer weit entfernten Großstadt annimmt, reist sie ihm – nur wenige Tage verheiratet – nach und bricht alle Verbindungen zum Ehemann und der Familie ab.

In der fernen Stadt lebt sie mit dem Tänzer in einer kleinen Dachwohnung zusammen und nimmt eine Tätigkeit als Sekretärin in einer größeren Firma an. Wenige Wochen später eröffnet ihr der neue Partner, daß er inzwischen eine andere Freundin habe und sich von ihr trennen möchte. Frau P. zieht in ein eigenes Zimmer und ist von nun an völlig auf sich gestellt. In dieser Zeit nimmt sie sexuelle Beziehungen zum Chef der Firma, in der sie arbeitet, auf. Der erkennt offensichtlich ihre existentielle, v. a. finanzielle Notlage und zwingt sie in den nun folgenden vier Jahren mehrmals – unter Ausnutzung der sexuellen Abhängigkeitsbeziehung, z. T. unter Androhung einer Kündigung – zu sexuellen Beziehungen mit seinen Geschäftspartnern, sozusagen als belohnende „Dreingabe“ bei guten Geschäftsabschlüs-

sen. Während dieser Zeit wird sie insgesamt dreimal schwanger und treibt – weil sie sich nicht anders zu helfen weiß – jedesmal ab.

Nach der dritten Abtreibung bekommt sie ihren ersten epileptischen Anfall in einer belebten Fußgängerzone. Noch während der folgenden stationären Aufnahme durch einen Notarzt ruft sie ihre Mutter an (zum erstenmal, seitdem sie von zu Hause fortgegangen ist). Diese holt sie daraufhin sofort zurück. Im Jahr darauf erfolgt die Scheidung vom Ehemann.

Mit ihrer heutigen beruflichen Anstellung als Sekretärin in einem Chefvorbzimmer sei sie zufrieden, obwohl sie gegenwärtig das Gefühl bekomme, daß sie vielleicht doch wieder einmal die Arbeitsstelle wechseln sollte. Ein Stellenwechsel sei für sie nichts Ungewöhnliches. Sie habe nämlich bis heute schon etwa 15mal die Arbeitsstelle gewechselt. Wenn sich „das Betriebs-Klima“ verschlechtere, etwa weil ungerechtfertigte Forderungen durch Vorgesetzte und Kollegen an sie herangetragen würden, habe sie es nie lange ausgehalten und sich immer nach einer neuen Stelle umgesehen und diese auch bekommen. Über kurze Zeiten ohne Arbeit und ohne Einkommen habe ihr immer die Mutter finanziell hinweggeholfen.

## 1 Beschreibung der Störung

### Agoraphobie und Panikstörung

Die Agoraphobie von Frau P. ist bestimmt durch ein bereits recht ausgeprägtes Vermeidungsverhalten: So hat die Patientin Angst davor, sich auf Straßen, Plätzen und in Kaufhäusern aufzuhalten sowie Busse und Straßenbahnen zu benutzen – jeweils zentral bestimmt durch eine Erwartungsangst, in der Öffentlichkeit einen epileptischen Anfall zu bekommen. Besonders ausgeprägt sind die Ängste in den Spätherbst- und Wintermonaten, wenn sie gezwungen ist, während der Dunkelheit zur Arbeit zu fahren. In den Sommermonaten kann sie dies mit dem eigenen Wagen. In der Dunkelheit jedoch nimmt aus ihrer Sicht (und wohl auch faktisch) das Risiko beträchtlich zu, angesichts der blinkenden Lichter entgegenkommender Autos einen epileptischen Anfall zu bekommen. Vor Flackerlicht dieser Art jedenfalls hätten sie die Ärzte gewarnt. Ein früherer Anfall war offensichtlich durch Flackerlichter auf einer Kirmes ausgelöst worden. Da sie wegen ihrer phobischen Angst nicht mit dem Bus fahre, sei sie im Winter fast immer darauf angewiesen, mit einem Begleiter (mit einer Freundin zusammen) zur Arbeit zu fahren (oder sich von Angehörigen fahren zu lassen). Da in zwei Monaten die Sommerzeit zu Ende gehe, habe sie sich jetzt entschlossen, endlich etwas gegen die Ängste zu unternehmen. Sie habe

deshalb auf Anraten des Hausarztes die psychiatrische Ambulanz aufgesucht.

## Persönlichkeitsstörung

Der Beginn der Therapie wird von zwei Ereignissen begleitet, die daran denken ließen, zusätzlich zur Agoraphobie den interaktionellen Auffälligkeiten besondere Beachtung zu schenken. (a) Zur ersten Therapiesitzung erscheint die Patientin nicht. Vielmehr ruft ihre Mutter an, um Frau R wegen einer Erkrankung zu entschuldigen. (b) Mit der Patientin wird am Ende der einige Wochen später stattfindenden ersten Therapiesitzung vereinbart, daß sie bis zum nächsten Mal eine Liste mit angstausslösenden Situationen erstellen soll, die die Grundlage für die weitere Therapieplanung darstellen könnte. Frau P, berichtet zu Beginn der zweiten Sitzung, daß sie schlicht vergessen habe, die Liste anzufertigen.

Diese beiden Ereignisse sowie zunehmend auch lebensbiographische Informationen aus den bisherigen und weiteren Gesprächen verdichten den Eindruck, daß die Patientin interaktionelle Gewohnheiten zeigt, die an eine Persönlichkeitsstörung denken lassen, und zwar an die einer sog. „passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung“.

Das auffälligste Merkmal der „passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung“ ist (gem. DSM-IV, vgl. Tabelle 1) eine gewohnheitsmäßige Widerständigkeit gegenüber Anforderungen von außen, die sich möglicherweise in einem aktiven Oppositionsverhalten, zumeist jedoch eher in einem passiven Widerstand manifestiert. Dazu gehören u. a. Verzögerungen und Vergeßlichkeit bei Verpflichtungen. Zwar sind diese Eigenschaften bei vielen Menschen beobachtbar, die dieses Verhalten zuweilen sinnvoll und kompetent einsetzen. Von den Betroffenen, auf die die Störungsdiagnose zutreffen könnte, werden diese Interaktionseigenarten nicht zwingend intentional, sondern weitgehend automatisiert und unreflektiert eingesetzt. Wenn andere Personen (zumeist Autoritätspersonen) Forderungen an sie richten, die sie nicht erfüllen wollen oder erfüllen können, so reagieren die Betroffenen aufgrund ihrer gewohnheitsmäßigen Abneigung gegenüber Anforderungen mit einer passiv-provokativen Enthaltung. Sollte aus ihrem Verhalten Kritik oder Ablehnung erwachsen, so ist es nicht selten, daß sie sich selbst nicht für die entstandenen zwischenmenschlichen Komplikationen verantwortlich fühlen, weil sie – wegen der Gewohnheitsmäßigkeit ihrer Handlungen (fehlende Absicht) – nurmehr schwer erkennen können, wie ihr eigenes Verhalten zu den interpersonellen Schwierigkeiten beigetragen haben könnte (sog. Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen; vgl. Fiedler, 1994, 1997). Insgesamt zählt die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung zu den weniger gravierenden Interaktionsstörungen, da die interaktionellen Folgeprobleme selten das Ausmaß sozialer Devianz erreichen.

Die im DSM-IV vorhandene Begriffswahl „passiv-aggressiv“ ist verschiedentlich als etwas unglücklich kritisiert worden (in der ICD-10 wird diese Persönlichkeitsstörung nicht zuletzt deshalb nunmehr am Rande erwähnt). Alternativvorschläge wie „passiv-provokativ“, „passiv-protektiv“ oder auch „negativistisch“ haben sich bislang jedoch

noch nicht durchsetzen können, wenngleich die vielfältig geführten Diskussionen darauf hindeuten, daß sich bereits in naher Zukunft ein Wandel in der Benennung dieses Persönlichkeitsmusters in Richtung „negativistisch“ ergeben könnte (vgl. Fiedler, 1997).

Wie einleitend dargelegt, ist es zu rechtfertigen, Persönlichkeitsstörungen zusätzlich zu spezifischen Störungen zu diagnostizieren, wenn Interaktionsstörungen das Symptombild verkomplizieren und daraus therapeutische Krisen erwachsen können. Allgemein läßt sich die Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung (als typisch interaktionelle Vereinseitigung oder Störung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens) generell nur anhand einer Zusammenschau unterschiedlicher biographischer Informationen und aktuell beobachtbarer Interaktionseigenarten stellen. Beides (Biographie und Interaktion) wird sich zumeist erst im Verlauf mehrerer diagnostischer Gespräche und Kontakte zu einer stimmigen Bewertung zusammenfügen.

Aus der Biographie der Patientin ergeben sich eine Reihe von Hinweisen, die die vorläufige Zusatzdiagnose der passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung weiter erhärten: z. B. der außerordentlich häufige Stellenwechsel, der von Frau P, zumeist nach „ungerechtfertigten zusätzlichen Anforderungen“ erwogen und vollzogen wurde; weiter die Möglichkeit zur Verweigerung von Anforderungen des Vaters unter der schützenden Hand der Mutter. Die nun folgenden diagnostischen Gespräche mit der Patientin bringen weitere Hinweise: Steigen Anforderungen im Beruf (z. B. tritt die Notwendigkeit ein, unter Zeitdruck Schreibarbeiten erledigen zu müssen), bekommt sie regelmäßig Kopfschmerzen, die sie zumeist als Anlaß nimmt, sich krank zu melden. Sollte sie bei Vorstellungsgesprächen ihre Fingerfertigkeit auf der Schreibmaschine demonstrieren, hat sie bereits mehrfach von sich aus diese Einstellungsgespräche abgebrochen und auf eine Einstellung verzichtet. Schließlich seien in letzter Zeit zunehmend Beziehungsprobleme mit ihrem neuen Lebenspartner aufgetreten, weil dieser ihre Ängste nur schwer nachvollziehen könne und deshalb von ihr erwarte, daß sie endlich etwas dagegen unternehme. Über diese uneinfühlsame Haltung sei sie jedesmal sehr verstimmt.

## 2 Differentialdiagnostik

Hauptcharakteristikum der Persönlichkeitsstörungen ist, daß sie nicht nur als Komorbiditätsdiagnose zu den spezifischen psychischen Störungen (wie in unserem Fall: zur Agoraphobie) in Betracht gezogen werden können, sondern daß die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen auch untereinander in einer Komorbiditätsbeziehung stehen und auftreten können. Eine differentialdiagnostische Abgrenzung von oder Feststellung der gegebenen Komorbidität mit weiteren Persönlichkeitsstörungen ist also notwendig und im Falle der passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung vor allem gegenüber den folgenden zwei Störungsbildern sinnvoll: So gehört die Widerständigkeit gegenüber so-

zialen Anforderungen beispielsweise auch bei der sog. selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (vgl. Tabelle 1) zu den von außen beobachtbaren Interaktionsmustern. Bei der selbstunsicheren Person steht jedoch die subjektive Angst vor Ablehnung oder negativen Bewertungen im Vordergrund, während die passiv-provokativ interagierenden Personen die Anforderungssituation eher selbstsicher als ungerecht und uneinfühlsam kritisieren. Eine Widerständigkeit gegenüber sozialen Anforderungen kann weiter durch eine gewohnheitsmäßige Hilflosigkeit, Unentschlossenheit und die Tendenz, den Bedürfnissen anderer (möglicherweise nicht anwesenden Personen) entsprechen zu wollen, gekennzeichnet sein. Dieses sind Interaktionsmerkmale, die in den Diagnosesystematiken der sog. dependenten Persönlichkeitsstörung (vgl. oben. Tabelle 1) zugeordnet sind.

Eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung kann bei Frau P. ausgeschlossen werden. Gegen diese Diagnose spricht nicht nur ihre hohe Kompetenz, berufliche Anstellungen von sich aus zu wechseln. Auch in ihrem direkten interaktionellen Auftreten wirkt sie ausgesprochen selbstsicher und zugewandt. Zudem erweist sie sich als hochintelligent und in den verschiedensten Interessensgebieten als sehr versiert und belesen, was sie in den Gesprächen jeweils deutlich zum Ausdruck bringt.

Hingegen sprechen eine Reihe biographischer Hinweise wie auch aktuell beobachtbare Interaktionseigenarten für die Möglichkeit, daß dependente Personcharakteristika zusätzlich zur passiv-aggressiven Interaktionsstruktur mitbedacht werden sollten: Frau P. hat eine innige Beziehung zur Mutter, der sie alles von den Augen ablesen könne. Andererseits hat sie für den Balletttänzer (durch die spontane Nebenziehung zu ihm angeregt und um seiner Wertschätzung ihrer besonderen Talente als Tänzerin wegen) den ersten Ehemann kurz nach der Eheschließung verlassen. Auch darf möglicherweise die Bereitschaft, sich während der Episode in der Großstadt von ihrem damaligen Chef zu sexuellen Handlungen mißbrauchen zu lassen, wenigstens teilweise auf eine Neigung zur Dependenz zurückgeführt werden.

### 3 Erklärungsansätze

#### Agoraphobie

Auf die Erklärung der Agoraphobie soll hier nurmehr in wenigen Sätzen eingegangen werden. Es ist nicht gerade selten, daß der Beginn der Agoraphobie mit Belastungen und besonderen Lebensereignissen zusammenfallen kann (vgl. Ehlers & Margraf, 1998). Daß die Patientin die bei der Agoraphobie üblicherweise vorhandenen Ängste vor in der Öffentlichkeit eintretenden peinlichen und hilflos machenden Situationen zugleich mit der Epilepsie (als einer wenigstens teilweise real gegebenen Bedrohung)

verbinden kann, verleiht ihrem Vermeidungsverhalten nurmehr (subjektiv und auch objektiv) deutlich größere Plausibilität und Evidenz. Die Entstehung der phobischen Störung ließe sich recht plausibel und sparsam mit der sog. Zwei-Faktoren-Theorie Mowrers annähernd hinreichend erklären (vgl. Ehlers & Margraf, 1998). Nach dieser Auffassung ist durch den ersten erlebten epileptischen Anfall in belebter Hauptstraße als traumatisierendes Ereignis die Phobie klassisch konditioniert worden – eine Lernbedingung zudem, die durch spätere weitere Anfälle in der Öffentlichkeit noch verstärkt wurde. Weiter konnte die sich entwickelnde und generalisierende Agoraphobie durch das einsetzende und beständige (operante) Vermeidungsverhalten nicht gelöscht werden und hat deshalb weiter Bestand. Schließlich hat die Agoraphobie durch die sich entwickelnden Panikanfälle eine Verschlechterung erfahren, die ihrerseits durch Generalisierungswirkungen (z. B. Denken an bedrohliche Situationen) erklärbar sind.

## Persönlichkeitsstörung

Für Verhaltenstherapeuten (z. B. Turkat, 1990) sind Persönlichkeitsstörungen Ausdruck einer besonderen interpersonellen Kompetenz, die lebenslang im Umgang mit bedrohlich-aversiven interaktionssituationen erworben, wiederholt erfolgreich eingesetzt und gefestigt wurde und die sich damit zu einer schwer reflektierbaren Interaktionstypik (Gewohnheit) ausformen kann. Kognitive Therapeuten (wie Beck et al., 1993) betonen zusätzlich, daß die den Persönlichkeitsstörungen zugrunde liegenden Interaktionsmuster von einer spezifischen kognitiv-schematischen Struktur abhängen, durch die sie routinisiert ausgelöst und gesteuert werden. Interaktionseigenarten, wie die interpersonelle Dependenz oder Autonomie oder Widerständigkeit eines Menschen, lassen sich danach als Funktion der kognitiven Grundstruktur begreifen, mit der ein Mensch seine zwischenmenschlichen Beziehungen aufbaut und gestaltet. Beiden Auffassungen gemeinsam ist, daß sich Persönlichkeitsstörungen als spezifisch gelernte Fähigkeiten des Menschen verstehen lassen, seine eigene zwischenmenschliche Vulnerabilität zu schützen. Als lebenslange Interaktionsroutinen (oder ich-syntone Gewohnheiten) sind sie jedoch der aktuellen Reflexion nurmehr sehr schwer zugänglich, weshalb Persönlichkeitsstörungen als schwer zu behandeln gelten (zusammenfassend: Fiedler, 1997).

Für die passiv-protektive Vermeidung und Zurückweisung sozialer Anforderungen durch Frau P. findet sich in den extrem divergierenden Erziehungsstilen der Eltern eine hinreichend plausible Erklärung. Den Schilderungen der Patientin zufolge, hat sich die Mutter (zunehmend zusammen mit der Tochter) dem kritisierenden und fordernden Vater gegenüber fast durchgängig erfolgreich in der Weise durchgesetzt, daß die Tochter „sorgenfrei und unbeschwert“ eigene Ziele und Wünsche durchsetzen konnte. Die Schule fiel ihr leicht, wohl nicht zuletzt wegen der vorhandenen Begabung und vielfältigen Interessen. In ihrem späteren Berufsleben war es



ihr (wenn möglicherweise auch nur aufgrund vielfältiger Zufälle, u. a. weil sie von der Mutter finanziell unterstützt wurde und wegen ihrer interakti-  
onellen Geschicklichkeit) relativ leicht möglich, Arbeitsstellen fast beliebig  
zu wechseln, wenn die jeweils von außen an sie herangetragenen Anforder-  
ungen in einem Maß anstiegen, die ihren eigenen Ansprüchen nicht ent-  
sprachen.

## 4 Interventionsprinzipien

Es ist auf der Grundlage des bisher Dargestellten leicht einsichtig, daß sich gerade  
innerhalb einer psychoedukativ-lenkend ausgerichteten (kognitiven) Verhaltensthera-  
pie besondere Schwierigkeiten ergeben können, wenn Therapeuten Patienten mit pas-  
sivaggressiven bzw. passiv-protektiven Interaktionsmustern behandeln. Das besondere  
therapeutische Problem in der verhaltenstherapeutischen Behandlung dieser Patienten  
liegt darin, daß es genau die lenkend-psychoedukativen Strategien der Verhaltensthe-  
rapie sind, die – und zwar methodenbedingt – die passiv-protektiven Widerstände des  
Patienten provozieren können. Hinzu kommt, daß sich Menschen mit passiv-aggressi-  
ver Persönlichkeitsstörung in aller Regel Autoritätspersonen widersetzen. Damit steht  
nicht nur das therapeutische Vorgehen, sondern vor allem die Person des Therapeuten  
selbst jeweils unmittelbar im Bereich der Anlässe, die bei zunehmenden Anforderungen  
an den Patienten die passiv-protektive Interaktionsroutine aktivieren könnten.

Nach Meinung der (kognitiven) Verhaltenstherapeuten, die sich mit diesem Störungs-  
bild beschäftigt haben (z. B. Beck et al., 1993, S. 302 ff., Perry & Flannery, 1982),  
kommt es deshalb gerade bei dem Einsatz lenkend-direktiver Psychotherapiestrategien  
darauf an, den Patienten das Gefühl zu vermitteln, bei der Behandlung grundsätzlich  
und aktiv entscheiden zu können und nicht vom Therapeuten angeleitet oder manipu-  
liert zu werden. Zur mittel- oder langfristigen Vermeidung therapeutischer (Interak-  
tions)Krisen ist vor allem zu Beginn der Behandlung besonderer Wert darauf zu legen,  
Wege zu bedenken und auszuloten, die es den Patienten weitgehend unmöglich ma-  
chen, ihre passiv-protektive Interaktionsroutine zu entfalten. Das Dilemma der (kogni-  
tiven) Verhaltenstherapeuten besteht vielfach darin, daß Patienten mit einer passiv-ag-  
gressiven Persönlichkeitsstörung von einer Therapiestrategie profitieren sollen, die ihre  
besondere Wirksamkeit aus einem psychoedukativ-lenkenden Ansatz bezieht.

### Prinzipielle Therapieplanung

Ziel dieser Verhaltenstherapie ist die Behandlung der Agoraphobie und  
nicht die der Persönlichkeitsstörungen. Die Persönlichkeitsstörungen neh-  
men nun jedoch auf die weitere Planung insofern entscheidend Einfluß, als  
der formale Aufbau der Behandlung und die Gestaltung der therapeuti-  
schen Beziehung so ausgerichtet werden, daß therapeutische Krisen (Kri-

sen der Therapeut-Patient-Interaktion) vermieden werden können. Grundüberlegungen zu Beginn dieser Therapie gingen entsprechend davon aus, daß es möglich sein müßte, die Patientin mittel- oder langfristig zu einer positiven, vor allem jedoch eigenständigen Entscheidung zu führen, an einer verhaltenstherapeutischen Expositionsbehandlung teilzunehmen. Angezielt war dazu die in der Verhaltenstherapie übliche sog. Reizkonfrontation (therapeutische Konfrontation der Patientin mit für sie angstprovozierenden Situationen und Kontexten, um sie zur Wiedererlangung ausreichender Kompetenzen zu führen, unangemessene Angstzustände zu bewältigen und angemessene Angstzustände zu ertragen).

Die eigenständige Entscheidung für den Beginn der Expositionstherapie sollte für die Patientin durch folgende Einzelmaßnahmen vorbereitet und erleichtert werden:

1. genaue Information und Aufklärung über aktuelle Verstehensansätze der Agoraphobie und der Panikstörungen;
2. Aufklärung über unterschiedliche verhaltenstherapeutische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsmaßnahmen bei Ängsten und Phobien sowie Transparenz bezüglich der empirisch belegten unterschiedlichen Effektivität der Verfahren;
3. da die Patientin sehr gerne liest und auch anspruchsvolle Texte ihr offensichtlich keine Verständnisschwierigkeiten bereiten, soll ihr ein Buch über die verhaltenstherapeutische Behandlung bei Phobien und Panikanfällen als Lektüre mitgegeben werden; konkret gedacht wurde dabei an das Therapiemanual „Panik – Angstanfälle und ihre Behandlung“ von Margraf und Schneider (1989), in dem der konkrete Ablauf verhaltenstherapeutischer Expositionstherapien detailliert beschrieben wird.

Benötigt die Patientin zu dieser Entscheidung längere Zeit, sollten ihr in der dadurch frei werdenden Therapiezeit allgemeine (psychotherapeutische) Gespräche über folgende Themen angeboten werden, die sie selbst jeweils frei auswählen konnte:

- a) *weitere Erläuterungen zur verhaltenstherapeutischen Behandlung von Phobien und Ängsten:* Diese könnten sich auf Fragen beziehen, die bei der Lektüre des Behandlungsmanuals auftauchen.
- b) *Gespräche über Probleme, die aus der Phobie in der Beziehung zu anderen Personen, insbesondere zu den Angehörigen und zum Lebenspartner, entstanden waren:* Diese sollten einerseits eine weitere Motivierung ermöglichen, sich für den Beginn der Expositionsbehandlung zu entscheiden. Weiter waren sie als Möglichkeit gedacht, lebensgeschichtlich bedeutsame Aspekte, die möglicherweise mit der Phobieentwicklung in einem Zusammenhang stehen könnten, zu thematisieren.

Schließlich sollten Möglichkeiten eruiert werden, den Lebenspartner aktiv an der Expositionsbehandlung zu beteiligen.

- c) *Gespräche über private Probleme:* Diese waren vorgesehen, um der Patientin Raum zu geben für Themen, die sie bisher nicht mit nahen Bezugspersonen besprochen hatte, die nach aller Erfahrung jedoch eine erhebliche Psychodynamik beinhalteten und deshalb möglicherweise mit der Phobienbehandlung interferieren konnten. Gedacht war z. B. an eine therapeutische Bearbeitung der möglicherweise traumatischen Erfahrungen in der Zeit des sexuellen Mißbrauchs durch ihren Chef und über die erfolgten Abtreibungen, die ja dem ersten epileptischen Anfall unmittelbar vorausgingen.
- d) *Gespräche über Beziehungsprobleme mit den Angehörigen und dem Lebenspartner:* Diese Themenstellung war gedacht, sich wenigstens zeitweilig der Möglichkeit anzunähern oder um ein Gespräch über die besonderen persönlichkeitsbedingten Interaktionsprobleme zu führen. Auf diese Weise sollte (in Ergänzung zu Punkt b) überprüfbar werden, ob nicht die Phobie selbst bereits eine Funktion in der Interaktionsstruktur der Patientin insofern erhalten hatte, als sie als Mittel der Widerständigkeit gegenüber Anforderungen eingesetzt wird. Andererseits verband sich damit die Hoffnung, daß mehr Transparenz über den interpersonellen Sekundär-Nutzen der Phobie der Patientin eine größere Handlungsfreiheit bei zwischenmenschlichen Konflikten zurückgeben könnte, die aus der Phobie z. B. bereits dem Partner gegenüber erwachsen waren. In eine ähnliche Richtung zielten schließlich
- e) *Gespräche über Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem Verlauf der Therapie und mit der therapeutischen Beziehung:* Diese Gespräche sollten eine Transparenz ermöglichen, (a) über die Zusatzdiagnostik im Bereich der Persönlichkeitsstörungen und (b) welche besonderen Folgen und Abweichungen sich daraus gegenüber einer standardmäßig durchgeführten Expositionstherapie ergeben hätten.

Bei einer solchen Vorgabe einer *eingeschränkten* Anzahl *therapeutisch relevanter* Themen handelt es sich (a) um die konkrete Umsetzung von Therapievorschlägen, die zur allgemeinen Gestaltung der Therapiebeziehung bei passiv-protektiven unterbreitet wurden (vgl. Perry & Flannery, 1982; Beck et al., 1993; Fiedler, 1997), sowie (b) um Vorschläge von Verhaltenstherapeuten, die sich zum (paradox)therapeutischen Umgang mit den prinzipiell ähnlich gelagerten Problemen bei Widerständen in der Folge geringer Behandlungs-*Compliance* geäußert haben (vgl. z. B. die Arbeiten in Ascher, 1989). Zum einen wird durch das jeweilige Angebot *mehrerer* Themen sichergestellt, daß die Patienten stets die volle Selbstbestimmung über die inhaltliche Gestaltung und den Verlauf der Therapie behalten und nicht bereits auf dieser Ebene zur Widerständigkeit provoziert werden. Andererseits bleibt die *therapeutische Relevanz* der Gespräche dennoch erhalten, weil es sich um Themenvorschläge handelt, die *der Therapeut* unterbreitet und die er aus Überlegungen zur Problemanalyse herleitet. Dieses Vorgehen ent-

stammt aus der Paradoxen Psychotherapie und Compliance-Behandlung und trägt dort die Bezeichnung „Illusion der Alternativen“.

## Konkrete Therapiedurchführung

Die Patientin nahm den ihr in der 3. Therapiestunde unterbreiteten Vorschlag, über den Beginn der Expositionsbehandlung selbst zu entscheiden, dankbar auf. Sie werde das erhaltene Manual über die Behandlung der Panikstörungen baldigst durchlesen und – soweit ihr das möglich sei – selbst Vorschläge zur Behandlungsdurchführung unterbreiten.

In den folgenden Therapiesitzungen (bis einschließlich der 8. Sitzung) nahm sie die Gelegenheit wahr, jeweils über eines der vorgeschlagenen Alternativthemen zu sprechen. Interessanterweise stellte sich während dieser Gespräche das Erinnerungsvermögen an die Kindheit teilweise wieder her. Andererseits ergaben sich zahlreiche weitere Hinweise, daß es im vorliegenden Fall durchaus sinnvoll gewesen war, die Zusatzdiagnose der passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung zur Leitorientierung der Therapieplanung zu machen. Die Therapiegespräche beinhalteten (fast erwartungsgemäß) insbesondere: (a) Probleme und Erfahrungen, die während der Zeit in der fernen Großstadt auftraten und gemacht wurden; (b) Probleme und Konflikte im Zusammenhang mit der Absicht, einen zehn Jahre jüngeren Mann heiraten zu wollen; (c) die besonderen interaktionellen Schwierigkeiten mit dem Vater; (d) den Wunsch, endlich Kinder zu haben; weiter (e) sexuelle Störungen, die aus den Erfahrungen der Zeit des sexuellen Mißbrauchs resultierten. In diesem Zusammenhang berichtete die Patientin (f) von einer weiteren Abtreibung, die sie kurz vor Therapiebeginn auf Anraten der Ärzte habe vornehmen lassen, weil angesichts der spezifischen Antiepileptika-Behandlung eher zu erwarten gewesen war, daß das Kind mit Behinderungen zur Welt kommen würde. Schließlich wurde mit Frau P. (g) mehrfach erneut über das konkrete Vorgehen in der Angstbehandlung gesprochen, auch darüber, daß neue Forschungsergebnisse zeigten, daß Patienten gelegentlich durchaus in der Lage seien, die Angstbehandlung manualorientiert eigenständig oder unter Mitwirkung des Partners durchzuführen (u. a. mit Verweis auf den programmatischen Trendsetter in diesem Bereich von Mathews, Teasdale, Munby, Johnston & Shaw, 1977, sowie zahlreicher Nachfolgearbeiten, in der sich die Selbstbehandlungsversuche jeweils etwa gleichwertig erfolgreich wie Therapeutenbehandlungen erwiesen hatten; vgl. Mathews, Gelder & Johnston, 1981).

Das therapeutische Vorgehen und die therapeutische Gesprächsführung orientierte sich in diesen Sitzungen unter anderem an Vorschlägen, wie sie von Beck et al. (1993; S. 56–67) zur therapeutischen Beziehungsgestaltung bei Persönlichkeitsstörungen un-

terbreitet wurden. Es wurde besonderer Wert darauf gelegt, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und Bedingungen für therapeutische Krisen zu vermeiden. Nach Beck et al. wird es bei einigen Persönlichkeitsstörungen (wie der passiv-aggressiven) immer als gute Therapiestrategie angesehen, den von Patienten vorgeschlagenen Themenstellungen zeitweilig Vorrang vor einer problemanalytisch begründeten Therapiemethodik einzuräumen. Die von den Autoren vorgeschlagene therapeutische Gesprächsführung ähnelt in vielem dem Vorgehen in der klientenzentrierten Gesprächstherapie, etwa in den Grundvariablen Empathie, Wertschätzung des Patienten und Kongruenz des Therapeuten. Andererseits gibt es Unterschiede dahingehend, als der Therapeut in den Gesprächen eine größtmögliche Realitätsorientierung anstrebt. Letzteres wird erreicht vor allem über die bereits aus der Depressionstherapie Becks bekannten sog. „Sokratischen Dialoge“, die eine personenzentrierte Befragung des Patienten (nicht seine Indoktrination!) darstellen. Nicht zuletzt durch diese Art kongruenter und wertschätzender, eher *behutsamer Lenkung* lernt der interaktionsunsichere oder -gestörte Patient (über den Therapeuten als mögliches Modell), wie sich stabile und tragfähige Beziehungen trotz möglicherweise divergierender Auffassungen aufrechterhalten lassen.

Im Verlauf der 8. Sitzung machte die Patientin den Vorschlag, mit der Expositionsbehandlung beginnen zu wollen. Der Therapeut schlug daraufhin vor, daß die Patientin die eingangs der Therapie schon einmal angeregte Liste mit Angstsituationen anfertigen solle, möglichst geordnet nach dem Ausmaß der erlebten Angst und subjektiven Bedrohlichkeit.

In der 9. Sitzung berichtete die Patientin, daß sie zwar verzweifelt versucht habe, die Liste anzufertigen, daß es ihr jedoch nicht gelungen sei, auch nur eine Situation aufzuschreiben. Sie habe extreme Kopfschmerzen bekommen und daraufhin panische Angst, daß sie einen epileptischen Anfall bekommen könne.

In dieser Situation zeigte der Therapeut großes Verständnis, da auch ihm bereits aufgefallen sei, welche große Anstrengungen und Mühen es für die Patientin jeweils bedeute, für sie neue und vor allem bedrohliche Anstrengungen zu unternehmen. Auf die neugierige Anfrage der Patientin, was dem Therapeuten denn aufgefallen sei, erklärt dieser ihr die bisherige Therapiestrategie und die Gründe, die für die besondere Rücksichtnahme der Patientin gegenüber maßgeblich waren. Er argumentierte u. a. damit, daß er davon ausgehe, daß die Patientin gute Gründe habe, sich in den verschiedensten Situationen vorsichtig-skeptisch und zurückhaltend zu verhalten und sich nicht vorschnell auf möglicherweise ungerechtfertigte Anforderungen einzulassen. Dies habe sich sozusagen als sinnvolles Leitmotiv durch ihr Leben gezogen, angefangen bei der Widerständigkeit gegenüber den uneinfühlsamen Forderungen ihres Vaters. Später, durch die schmerzhaften Erfahrungen während der Zeit des sexuellen Mißbrauchs sei die Notwendigkeit zu Vorsicht und Mißtrauen erheblich bekräftigt worden – möglicherweise sei ihre Widerständigkeit als Selbstschutz ja auch besonders wichtig im zwischenmenschlichen Umgang mit Männern. Alles dies seien Hinweise genug für den Therapeuten gewesen, sie nicht zu schnell zu einer Therapiemethode zu drängen, die ihr viel Energie und Anstrengung abverlangen würde, letztlich sogar bedeutete, daß sie extreme Angst bewältigen lernen müsse. Bei diesem Vorgehen handelte es sich um das Prinzip

der „Positivierung/Umdeutung“ (Weeks & L'Abate, 1985) bzw. „personenzentrierten Verantwortungszuweisung“ (Maiwald & Fiedler, 1981; Fiedler, 1997).

In der 10. Therapiesitzung kommt die Patientin mit einer langen Liste angstauslösender Situationen in die Therapie. Sie nutzt die Therapiesitzung jedoch nochmals zu einem therapeutischen Gespräch (diesmal über sich selbst) und berichtet, daß es ihr seit der vergangenen Sitzung so gut wie schon seit langer Zeit nicht mehr gegangen sei. Sie habe aufgrund der Gespräche in der vergangenen Therapiesitzung zu sich selbst gefunden, in dem ihr nun wieder klar sei, wer und was sie sei, nämlich: ein „Trotzkopf“ – und – daß sie diese Einsicht in gewisser Hinsicht mit Stolz erfülle. Das nun folgende Gespräch läßt auch viele Probleme, die mit der Agoraphobie in einem Zusammenhang stehen, in einem neuen Licht erscheinen. Die Patientin schließt nämlich nicht mehr die Möglichkeit aus, daß auch die Phobie selbst von ihr funktional im Sinne der Widerständigkeit gegenüber Anforderungen eingesetzt worden sei. Der Therapeut schlägt ihr daraufhin einige Experimente vor, die sie allein erproben könne. Sie solle bezogen auf einige Angstsituationen doch – indem sie sich ihnen aussetze – einmal erkunden, ob und wie stark die Angst wirklich sei.

Die 11. Therapiesitzung eröffnet die Patientin mit der Bemerkung, daß sie glaube, keine große Phobie mehr zu haben. Ängste und Befürchtungen seien zwar noch vorhanden, aber bei weitem nicht mehr bedrohlich. Sie bittet darum, die folgenden Sitzungen erneut über ihre zwischenmenschlichen Probleme sprechen zu dürfen. Dies sei ihr nach den Gesprächen der letzten Stunden ein wichtigeres Anliegen geworden. Ihr sei nämlich in der vergangenen Woche aufgefallen, daß sie ihren Vater zunehmend sympathischer finde, daß ihr hingegen die Mutter „mit ihrem Getue“ zunehmend unangenehmer werde. Der Therapeut bekundet zunächst erhebliche Skepsis, daß sie keine Phobie mehr habe und prognostiziert einen Rückfall. Er willigt dann jedoch in die Gesprächswünsche der Patientin ein, weil er inzwischen davon ausgehe, daß die Patientin genau wisse, was sie bei aufkommender Angst von sich aus zu tun habe, nämlich die Konfrontation mit der angstauslösenden Situation in keinem Fall zu vermeiden.

Die „Prognostik des Rückfalls“ gehört ebenfalls zu den empfohlenen „paradoxen“ Strategien der o. g. Autoren. Einerseits kann im Fall der Phobie angesichts vorliegender Empirie nie ein Heilungserfolg vorab garantiert werden. Andererseits nimmt man den Patienten in gewissen Grenzen die Möglichkeit, Rückfälle auf die Therapie selbst zurückzuführen, als diese eben durch den Therapeuten selbst vorausgesagt wurden.

In den verbleibenden Therapiesitzungen kreisen die Gespräche vor allem um Fragen der Beziehung der Patientin zu den Eltern und um die geplante Heirat mit ihrem jetzigen Partner. In der letzten Therapiesitzung berichtet

die Patientin, daß sie auf einer Tanzveranstaltung einen Arzt kennengelernt habe, in den sie sich „ganz offensichtlich verliebt“ habe.

## Katamnesen

In halbjährlichen Abständen finden drei katamnestiche Sitzungen statt. Im folgenden Frühjahr berichtet die Patientin, daß sie in den zurückliegenden Wintermonaten bei zunehmender Dunkelheit häufig extreme Angst und Panikanfälle bekommen habe, wenn sie allein mit dem Auto zur Arbeit und zurück gefahren sei. Sie habe jeweils auf einem Parkplatz pausiert, sei dann jedoch („die Zähne zusammenbeißend“) weitergefahren. Sie sei immer allein gefahren und deshalb inzwischen auch sehr stolz darauf, ihre Phobie auf diese Weise selbständig bewältigt zu haben. Auch seien in der Stadt und in Kaufhäusern keine Angstzustände mehr aufgetreten. Die zweite Katamnese-Sitzung benutzt die Patientin für Vorüberlegungen, wie sie dem jetzigen Lebenspartner (der immer noch jener 10 Jahre jüngere Mann aus der Therapiezeit ist) endlich einmal erzählen könne, was sie während der Zeit der Eheschließung und danach vor ihren epileptischen Anfällen in der fernen Großstadt erlebt habe. Sie glaube, daß die sexuellen Beziehungsstörungen zu ihm damit zusammenhängen. Der Therapeut ermuntert sie sehr zu einem solchen Gespräch und bespricht ausführlich, wie dieses Gespräch trotz aller zu erwartender Schwierigkeiten durchgeführt werden könne. In der dritten Katamnese-Sitzung berichtet die Patientin, daß der letzte neurologische Befund keine Anzeichen mehr für das Fortbestehen des Epilepsierisikos erbracht habe und daß sie zur Zeit die Medikation langsam absetze. Die Heirat mit ihrem jetzigen Lebenspartner stehe kurz bevor.

## 5 Resümee

Es sollte deutlich gemacht werden, daß es zusätzlich zu einer spezifischen Störungsdiagnose (in diesem Fall der Agoraphobie) durchaus sinnvoll sein kann, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (als Interaktionsstörung) in Betracht zu ziehen. Daß die konkrete Durchführung der Verhaltenstherapie schließlich in solch extremer Weise von der ursprünglichen Planung abweichen wird, ist (schon wegen der Unterschiedlichkeit der Persönlichkeitsstörungen) bei weitem nicht in jedem Fall zwingend zu erwarten. Schließlich kann dieser Fall als gutes Beispiel dafür angesehen werden, daß eine höhere Eigenverantwortung der Patienten an der Expositionsthe-

rapie durchaus sinnvoll sein kann. Die oben erwähnten Studien zur „home-based“ Therapie bei Agoraphikern (vgl. Mathews, Gelder & Johnston, 1981) finden in diesem Zusammenhang immer noch viel zu wenig Beachtung. Wie der geschilderte Fall auch zeigt, ist eine solche eigenverantwortliche Selbstbehandlung letztlich eben nur durch eine therapeutische Vorbereitung möglich geworden – in diesem Fall paradoxerweise durch eine therapeutische Akzeptanz und Stützung der interpersonellen Eigenarten der Patientin. Vielleicht sind diese fälschlicherweise von uns eingangs als Persönlichkeits-Störungen diagnostiziert worden, weshalb wir sie nachträglich denn auch –, übrigens ganz im Sinne der verhaltenstherapeutischen Konzeptbildung – besser als spezifische Persönlichkeits-Kompetenzen bezeichnen möchten, die es in der Therapie fruchtbar zu machen gilt. Verallgemeinern und vertreten kann man diese Sicht jedenfalls solange, wie Persönlichkeitsstörungen selbst nicht in den Bereich sozialer Devianz extremisieren.

## Literatur

- Ascher, L.M. (Ed.). (1989). *Therapeutic paradox*. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.; revised). Washington, DC: American Psychiatric Association [deutsch: (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R*. Weinheim: Beltz].
- American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Beck, A.T., Freeman, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press [dt. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union].
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1991). *Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10*. Bern: Huber.
- Ehlers, A. & Margraf, J. (1998). Agoraphobien und Panikstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (1994). Persönlichkeitsstörungen: Schlüssel zum Verständnis therapeutischer Krisen. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie* (S. 785–795). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (1996). Persönlichkeitsstörungen. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Psychische Störungen und ihre Behandlung* (S. 799–900). Göttingen: Hogrefe. [Enzyklopädie der Psychologie: Klinische Psychologie: Band 2].
- Fiedler, P. (1997). *Persönlichkeitsstörungen* (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (1998). Persönlichkeitsstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der*



- Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3. Auflage; S. 249–290). Göttingen: Hogrefe.
- Maiwald, G. & Fiedler, P. (1981). Die therapeutische Funktion kooperativer Sprachformen. In P. Fiedler (Hrsg.), *Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Grundlagen kooperativer Psychotherapie* (S. 97–132). Weinheim: edition psychologie im VCH-Verlag.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1989). *Panik – Angstfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. & Johnston, D.W. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. New York: Guilford.
- Mathews, A.M., Teasdale, J., Munby, M., Johnston, D.W. & Shaw, P. (1977). A home-based treatment program for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 8, 915–924.
- Perry, J.C. & Flannery, R.B. (1982). Passive-aggressive personality disorder: Treatment implications of a clinical typology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 164–173.
- Turkat, LD. (1990). *The personality disorders. A psychological approach to clinical management*. New York: Pergamon Press.
- Weeks, G.R. & L'Abate, L. (1985). *Paradoxe Psychotherapie*. Stuttgart: Enke.

## Kapitel 9

# Alkoholismus

### Abstinenz und kontrolliertes Trinken: Therapieziel- und Zielgruppendiskussion anhand von zwei Fallbeispielen

Ilse Kryspin-Exner, Wien

## Einführung

Die Multikausalität der Abhängigkeitsentwicklung, in der psychische, somatische und soziale Faktoren ineinandergreifen, ist nach derzeitigem Kenntnis- und Wissensstand weitgehend unumstritten. Die individuelle Bedeutung dieser drei Bereiche ist unterschiedlich und auch abhängig vom Stadium der Suchtentwicklung (Schmidt, 1988; Feuerlein, 1989).

Zur differenzierteren Sicht hinsichtlich Genese und Symptomatologie findet sich eine Parallele auch in der Individualisierung der Therapie (Wanke & Bühringer, 1991). Die Frage, ob die totale und lebenslange Abstinenz das einzig akzeptable Therapieziel in der Behandlung für Alkoholabhängige sei oder ob nicht auch gemäßigtes, „soziales“ Trinkverhalten (das sogenannte kontrollierte Trinken) ein adäquates Therapieziel für Alkoholabhängige darstellen könnte, wird seit Beginn der 60er Jahre erörtert. Abgesehen von der theoretischen Diskussion hat die Frage des Erlernens eines unproblematischen Trinkverhaltens aber erst seit der intensiveren Auseinandersetzung mit Entwicklungen zum chronischen Alkoholismus und durch die Sensibilität gegenüber erhöhtem Alkoholkonsum als Risikofaktor für die Entstehung diverser somatischer Erkrankungen Bedeutung erlangt (Kryspin-Exner, 1998). Zunehmend wird zwischen Problemtrinkern und Alkoholabhängigen unterschieden und darauf hingewiesen, daß Alkoholismus nicht ausschließlich eine progressive Erkrankung ist, die entweder in chronischem Alkoholismus mit hoher Todesrate endet oder durch

Abstinenz unterbrochen wird. Vielmehr kann es – unter bestimmten Voraussetzungen und in frühen Stadien – auch zu einer Aufarbeitung und Bewältigung oder zu einem spontanen Herauswachsen und einer Überwindung des Suchtmechanismus kommen.

Die Kontroverse über das kontrollierte Trinken kann nicht losgelöst von den Modellen zur Entstehung des Alkoholismus gesehen werden: Das klassische Krankheitsmodell – eng verknüpft mit Jellineks „disease concept of alcoholism“ (1952, 1960) sowie den Dogmen der Anonymen Alkoholiker – beschreibt Alkoholismus als ein einheitliches Krankheitsbild mit prozeßhaftem, progressivem Krankheitsverlauf. Alkoholismus wird als ein permanenter, irreversibler Zustand gesehen, der nicht „geheilt“, sondern nur durch ständige Abstinenz zum Stillstand gebracht werden kann. Zentrale Bestimmungsstücke des traditionellen Alkoholismuskonzepts sind neben körperlichen Zeichen (Tremor, Leberschädigungen, Polyneuritis bis hin zum Delir) Kontrollverlust, Alkoholverlangen („craving“) sowie der Toleranzerwerb. Als wesentliches Ergebnis der Integration des Alkoholismus in das medizinisch-psychiatrische Feld muß gesehen werden, daß diese Akzeptanz des Alkoholismus als Krankheit eine weitgehende Befreiung von moralischen Wertungen wie Schuld, Laster, Willensschwäche bedeutete.

Das empirisch orientierte sozialwissenschaftliche Modell beschreibt Alkoholabhängigkeit als Folge gelernter inadäquater Trinkverhaltensmuster sowie multipler Konsequenzen, die damit in Zusammenhang stehen. Exzessives Trinken wird als gelerntes Gesundheitsrisikoverhalten aufgefaßt und nicht als Symptom einer zugrundeliegenden Krankheit. Ausgehend von der Vorstellung eines Kontinuums der Alkoholproblematik (vom gehäuften Mißbrauch bis hin zu obengenannten körperlichen Schäden) versucht dieses Modell nachzuweisen, daß die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit nicht notwendigerweise progredient verläuft, sondern sich sehr variabel über die Zeit hinweg gestalten kann. Die Anzahl und der Verlauf von Trinkphasen bzw. die damit verbundene Symptomatik müssen demnach keineswegs in der im medizinischen Modell beschriebenen gesetzmäßigen Abfolge auftreten (Heather & Robertson, 1985; Cahalan, 1987; Arend, 1991). Dies gilt insbesondere für Jugendliche, die mit steigendem Lebensalter aus dieser krisenhaften Phase „herauswachsen“ („maturing out“, Fillmore, 1987). Aus diesem Grund ist die wachsende Bedeutung entwicklungspsychologischer Gesichtspunkte für präventive und therapeutische Strategien hervorzuheben (Wanke, 1989).

Um diese Kontroverse anhand individueller Verläufe und ihrer jeweils speziellen Behandlungsformen darzustellen, wird im folgenden auf die Symptomatologie und Entwicklung zweier Personen eingegangen.

## Herr W. (Fall 1)

### *Biographische Angaben*

Der knapp 40jährige, sehr erfolgreiche Politiker ist als jüngstes mehrerer Kinder in ländlichem Gebiet aufgewachsen, im Gegensatz zu den Geschwistern hätte er eine „tolle berufliche Karriere“ gemacht und das, wie er ausdrücklich betont, ohne Studienabschluß; Akademiker wertet er eher ab. Herr W. ist in 2. Ehe verheiratet, hat 3 Kinder („die mir sehr wichtig sind“) und wechselnde Außenbeziehungen („Die Eroberung gescheiter und hübscher Frauen fasziniert mich“).

## 1 Beschreibung der Störung

Seine Beschwerden beschreibt Herr W. in der ersten Therapiestunde folgendermaßen:

Aus beruflichen Gründen müßte er sehr häufig zu Empfängen, Cocktailparties und Pressekonferenzen gehen, in denen er oft im Mittelpunkt steht. Im Zuge dieser Situationen sei ihm schon mehrfach der Gedanke gekommen, was passieren würde, wenn er plötzlich umfiele oder einen Kollaps erleide. Bei verschiedenen gesellschaftlichen Ereignissen sei es sehr heiß, das Stimmengewirr, teilweise auch die Scheinwerfer und die vielen Menschen seien bedrückend.

Herr W. ist ein der Psychologie gegenüber sehr aufgeschlossener Mensch, der selbständig in einer Phase Unterstützung sucht, in der die angstmachenden Kognitionen beginnen, den befürchteten Ereignissen vorauslaufen, die also vorwiegend dann auftreten, wenn er sich zu gesellschaftlichen Zusammenkünften auf den Weg macht (es hat sich also noch kein Vermeidungsverhalten etabliert). Diese Gedanken würden ihn zwar nicht weiter behindern, er meinte, niemand würde sie ihm ansehen, auch er selbst würde sie in der Situation kurz darauf sehr häufig vergessen, und außerdem ginge es ja nach einem Glas Whisky viel leichter . . .

Dieses „Glas Whisky“, das in der Lage ist, die Angst vor dem Umfallen und die begleitenden unangenehmen Gedanken zu verscheuchen, führt dazu, eine genauere Alkoholanamnese zu erheben. Unter dem Motto „Politiker trinken alle viel, sind aber hart gesotten“ errechnen wir den beträchtlichen Alkoholkonsum pro Tag: gelegentliches Sektfrühstück, Mittagessen in einem guten französischen Restaurant (es kann auch ein italienisches, marokkanisches oder österreichisches sein . . .), in dem dieser oder jener

exzellente Wein unbedingt verkostet werden muß, Abschluß des Essens mit einem gepflegten „Digestif“, am späten Nachmittag eben jene oben geschilderten Empfänge oder andere gesellschaftliche Ereignisse, manchmal auch Wahlveranstaltungen, bei denen es schwer ist, das Glas Wein, mit dem man auf den künftigen Erfolg anstößt, abzulehnen (zumal der politische Wahlkreis des Klienten eine bekannte Weingegend ist). Abends folgt meist ein gutes Essen mit „Förderern und Gönnern“ aus Wirtschaft und dem öffentlichen Leben, wo die Speisenabfolge natürlich auch die Getränke bestimmt und zu jedem Gang ein anderer Wein gereicht wird; der Tag klingt in einer Bar aus, in der mit Champagner freudige Anlässe gefeiert oder mit harten Getränken die Sorgen des Tages weggeschwemmt werden.

Die Exploration ergibt, daß Herr W., wenn die Anlässe nicht vorgegeben sind, von sich aus Gesellschaft sucht, in der ebenfalls Menschen sind, die gerne Alkohol trinken, und daß er sich manchmal morgens von seiner Sekretärin ein kleines Bier servieren läßt, um „in Schwung zu kommen“ (bei genauerer Betrachtung, um Abstinenzerscheinungen zu bekämpfen, den flauen Magen, das leichte Zittern und die schlechte Stimmung zu überwinden).

## 2 Differentialdiagnostik und Erklärungsansätze

Die Problematik von Herrn W. läßt sich zunächst auf folgenden Ebenen beschreiben:

*Verhaltensebene:* Was die Angst vor dem Umfallen betrifft, sind derzeit noch keine Auffälligkeiten faßbar, es hat sich bisher kein Vermeidungsverhalten etabliert.

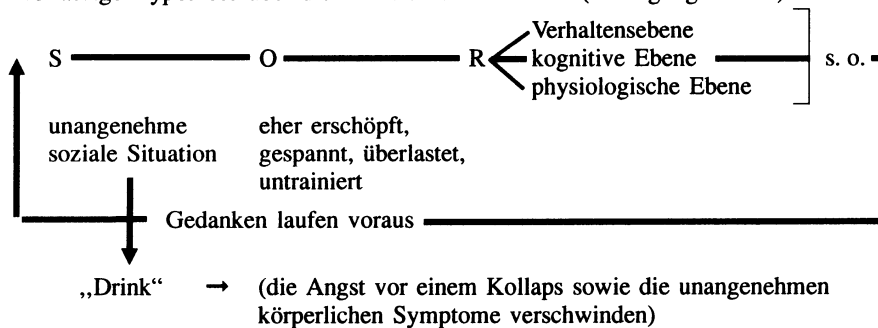
Auch der Alkoholkonsum führte bis jetzt zu keinen registrierbaren Veränderungen auf der Verhaltensebene – der Griff zu einem alkoholischen Getränk bei Empfängen oder ähnlichen gesellschaftlichen Anlässen entspricht den landesüblichen Gepflogenheiten.

*Physiologische Ebene:* Leichtes Schwitzen, eine gewisse motorische Unruhe und Spannung (dies äußert sich am ehesten in zitterigen Händen und fahrigem Bewegungen) werden von Herrn W. ebenfalls eher vor der Situation registriert; die Symptome können durch Konsum von Alkohol beseitigt werden.

*Gedankliche Ebene:* Vorwiegend im Sinne von Antizipationen am Weg zu den gesellschaftlichen Ereignissen

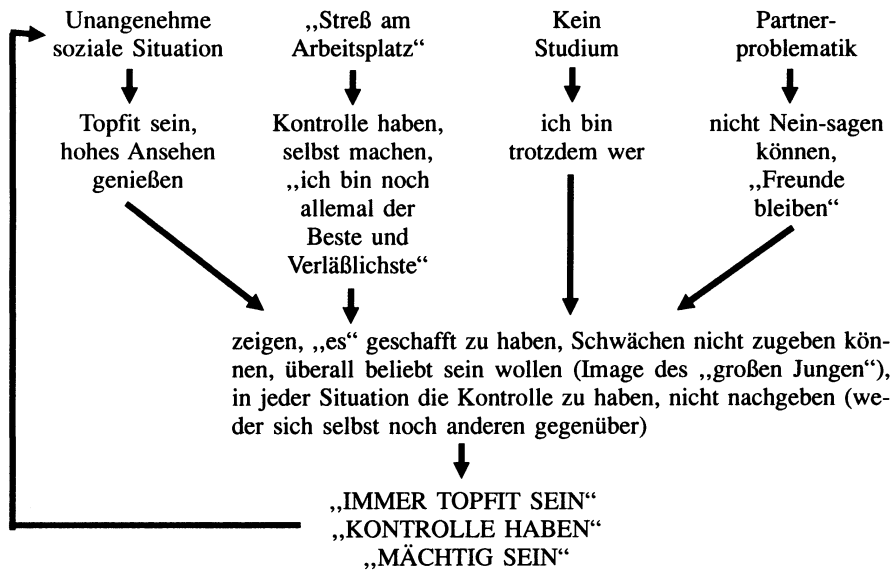
- von mir wird verlangt, immer fit, dynamisch, eloquent und charmant zu sein . . .
- wenn ich dort umfalle, bin ich blamiert . . .
- die anderen werden denken, der muß krank sein . . .
- wie schaut denn das aus, wenn ich so ganz einfach daliege . . . alle laufen zusammen
- der ist „out“

Vorläufige Hypothese über die Funktion des Alkohols (Bedingungsmodell):



Um die internen kognitiven Steuerungsprozesse zu erfassen, erörterten wir parallel zu den ersten Therapieschritten (Abstinenzphase s. u.) die Gedanken, Vorstellungen und Phantasien, die die Angst vor dem „Umfallen“ begleiten. Es stellt sich heraus, daß diese vor allem die gesellschaftliche Blamage, den Aufruhr, der dadurch entstehen würde, betreffen, nicht jedoch Sorgen um die eigene Gesundheit oder darum, irgendwelchen Helfern ausgeliefert zu sein bzw. eine daraus folgende Einlieferung in ein Krankenhaus. Die Erarbeitung dieser Gedanken und Einstellungen verwundern den Klienten sehr, und es gelingt, einige Stunden lang Themenbereiche wie Bedeutung der eigenen Stellung in der Gesellschaft, subjektive Bedeutung und Wertigkeit von Macht in der Sozialhierarchie usw. zu erörtern. (Vollständigkeitshalber sei erwähnt, daß Herr W. im Laufe der Therapie vorübergehend schwer erkrankte und mit einer Lungenentzündung ins Spital eingeliefert wurde und daß er – selbst als es ihm schon wieder recht gut ging – nicht überlegte, wie die „Gesellschaft“ wohl über seine Krankheit redet, sie ausdeutet usw.; er fand diese Gedanken von früher „eher lächerlich“.)

Daraus läßt sich folgende vertikale Analyse erstellen:



Ziele, Wünsche und Pläne stehen unter der Devise „mächtig sein, alles unter Kontrolle haben zu wollen“, was die Beurteilung alltäglicher Situationen und das Verhalten im Sinne von Feedback-Schleifen (siehe Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991) steuert.

### 3 Therapie: Prinzip und Verlauf

Für Herrn W. sind diese Erkenntnisse größtenteils neu, im Trubel des Alltags hätte er weder darüber noch über den hohen täglichen Alkoholkonsum nachgedacht; er zeigt eine gute Motivation, Einstellungen und Verhalten zu ändern. In einer Therapiezieldiskussion einigen wir uns auf folgendes Vorgehen:

- a) Einer Abstinenzphase soll der Versuch folgen, einen kontrollierten Trinkstil zu etablieren.
- b) Die Angst in sozialen Situationen wird einen wesentlichen Inhalt der Therapie darstellen.
- c) Damit einhergehend soll an Zielen, Wunschvorstellungen und Einstellungen gearbeitet werden.

Es ist gerade Ende Februar und damit der Beginn der Fastenzeit, und so vereinbaren wir eine 6wöchige Abstinenzperiode, um einerseits die Abstinenzerscheinungen genauer erfassen und die Funktionalität des Alkohols

besser herausarbeiten zu können (in welchen Situationen fehlt der Alkohol, wie wirkt sich das aus?). Des weiteren soll in dieser Zeit ein Alkoholablehnungstraining erstellt und erprobt werden.

Diese sechs Wochen werden von Herrn W. strikt eingehalten, und danach erarbeiten wir ein Muster „kontrollierten“, „sozialen“ Trinkens, das folgendermaßen aussieht:

- Durstlöschen nur mit alkoholfreien Getränken,
- Mittags kein Alkohol,
- Alkohol nicht in „gefährdeten“ Situationen, etwa zur Spannungsabfuhr, zur Problembewältigung oder zum Streßabbau einsetzen,
- Alkoholfreie Phasen festlegen, etwa an Wochenenden oder bei Kurzurlauben, bei „gesunden“ Wochenenden in sportlicher Umgebung (ein solches Wochenende ist ohnehin einmal monatlich eingeplant). Als weitere längere alkoholfreie Perioden vereinbarten wir eine private USA-Reise im Sommer und den Advent; die Ablehnung von Alkohol in dieser Zeit war für den Klienten gut zu begründen und als durchaus „branchenüblich“ akzeptiert.

Zweifellos hatten die Erörterungen (oder auch Beobachtung an sich selbst?), daß chronisch überhöhter Alkoholkonsum bzw. Alkoholmißbrauch auf die Dauer zu einer Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen und allmählich zu einer verminderten Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentrationsleistung oder auch Verschlechterung der intellektuellen Beweglichkeit führen könnte, den Wunsch des Patienten, mit Alkohol besser umgehen zu lernen, unterstützt.

Die Entwicklung in Richtung einer „sozialen Phobie“ konnte gestoppt werden (Selbstbeobachtung, Arbeit auf kognitiver Ebene, Entspannungstraining; siehe Beitrag von Reinecker in diesem Buch sowie Reinecker, 1993). Darüber hinaus wurde ein „Streßmanagement-Programm“ durchgeführt (bessere zeitliche Einteilung, Nein-sagen lernen, Genehmigung eines Abends pro Woche für sich selbst, in dieser Zeit lesen oder sportliche Aktivität). Auch eine problematische Situation mit einer Frau und Überlegungen wie „Ich will niemandem wehtun“ (die Beziehung wurde nur aufrechterhalten, weil Herr W. nicht in der Lage war, sie zu beenden und aus „zeitlichen“ Gründen eine Aussprache immer wieder hinauszögerte) wurden in der Therapie reflektiert.

Die Überwachung des Alkoholkonsums übernahm Herr W. sehr rasch in Selbstkontrolle, in den Therapiesitzungen nahm die Diskussion darüber nur mehr einen kleinen Zeitraum ein. Hauptansatzpunkt war zunehmend eine aus der Problem- und Zielanalyse sich entwickelnde Erörterung von Zielen, Plänen, Wertvorstellungen und Lebenseinstellungen. Nicht ver-



wirklichbare Wünsche und irrationale Gedanken wurden besprochen und sollten in alltäglichen Situationen reflektiert werden. Auch das Herstellen dieser Zusammenhänge übernahm Herr W. zunehmend selbständig, und fast immer kam er in die nächste Therapiestunde mit einem vorbereiteten Gedankengang, den er sich spätestens auf der Fahrt in die Praxis zurechtgelegt hatte.

Die Therapie umfaßte 31 Therapiesitzungen, die therapeutischen Kontakte wurden zunehmend lockerer (ca. alle sechs Wochen). Der kontrollierte Trinkstil ist seither stabil, wobei jedoch abschließend zu betonen ist, daß es nie – außer einmal in der Militärzeit – einen Kontrollverlust gab.

## Frau H. (Fall 2)

### *Biographische Angaben*

Frau H. ist doppelte Akademikerin, sie hatte eine verantwortungsvolle Position im Bankwesen, wurde jedoch vor einigen Jahren v. a. wegen ihrer Unzuverlässigkeit im Zusammenhang mit der Alkoholproblematik pensioniert.

## 1 Beschreibung der Störung

Die Schwierigkeiten mit Alkohol hatten bei Frau H. schon sehr früh begonnen. In ihrer Studentenzzeit war sie mit einem Amerikaner befreundet gewesen, der ebenfalls viel getrunken hat. Als er schließlich in die USA zurück mußte, ist sie ihm gefolgt und hat ihn geheiratet. Sie fand dort eine „entsetzliche Schwiegermutter“ vor, die ihr das Leben so unerträglich gemacht habe, daß sie das nur unter einem gewissen Alkoholspiegel ertragen hätte. Als sie erfuhr, daß sie schwanger war, fuhr sie nach Europa zurück und wollte von dem Mann nichts mehr wissen (von dem sie später erfährt, daß er sich „zu Tode gesoffen hätte“). Sie nahm von ihrem Mann keine finanzielle Unterstützung an, wollte sich aber auch nicht scheiden lassen. Sie beendete ihr Studium und beschloß, nach der Entbindung ein zweites Studium zu beginnen. Diese Entscheidung bedeutete für die Mutter einer kleinen Tochter, die allerdings von der Großmutter versorgt wurde, neben ihrer vollen Berufstätigkeit in der Bank eine große Belastung. Sie lernte nachts, trank viel Kaffee und im Morgengrauen – um sich zu beruhigen und einzuschläfern – regelmäßig Wein. Das zweite Studium beendete sie

in kurzer Zeit und arbeitete an ihrem Aufstieg in der Bank, wobei es jedoch erste Schwierigkeiten wegen des problematischen Alkoholkonsums gab. Mehrfach mußte sich Frau H. nach Alkoholexzessen krankschreiben lassen; sie gibt an, daß sie als hervorragende, aber eben als sehr unzuverlässige Arbeitskraft bekannt gewesen sei. Aus diesem Grund erreichte sie es letztendlich nie, eine eigene Abteilung leiten zu können, was sie als persönliche Demütigung auffaßte. Es begann ein Kampf mit ihrem Vorgesetzten, der ihren Erzählungen nach in Schreiduellen, beiderseitigen Bosheitsakten und in einem vorübergehenden sexuellen Verhältnis bestand und schließlich mit einer Versetzung von Frau H. endete. Frau H. gibt an, diese Versetzung nie überwunden zu haben: das hätte ihr „das Kreuz gebrochen“ (ihre Alkoholproblematik bis dahin findet sie selbst unbedeutend).

Von dem Zeitpunkt der Versetzung an stürzte sich Frau H. ins kulturelle Leben, nahm an Kunstreisen teil, besuchte Ausstellungen, kaufte und verkaufte bei Auktionen, füllte ihre Wohnung mit Antiquitäten. Allerdings hielt sie sich in dieser Wohnung kaum mehr auf, die Tochter – inzwischen ein halbwüchsiges Mädchen – lebte nun ganz bei der Großmutter. Lokaltouren wurden zunehmend wichtiger, Frau H. fühlte sich im Sandler- und Beislmillieu wohl (mit „Beisl“ bezeichnet man in Wien kleine Wirtshäuser), fand dort Verbündete, wie sie selbst sagt, „Freunde“. Die Krankheitszeiten häuften sich, es drohte die Entlassung, ihre soziale Situation als „alleinerziehende Mutter“ sowie ihr ehemaliger Vorgesetzter und Freund konnten diese abwenden mit der Auflage, daß sie sich in eine Alkoholentwöhnung begibt. Diesen ersten stationären Aufenthalt stand die Patientin ihren eigenen Angaben nach ohne „Umfaller“ durch, sie hätte davon jedoch nicht profitieren können, da dort lauter einfache Frauen mit ganz anderen Problemen gewesen seien, außerdem sei die Psychologin „zwar ein nettes junges Ding gewesen, aber was hätte mir die schon beibringen können“.

Es folgte eine beruflich etwas konstantere Zeit, der Alkoholkonsum konnte so eingegrenzt werden, daß er vorübergehend keine nennenswerten oder sozial auffälligen Folgen hatte. Soweit aus ihren Berichten hervorgeht, wurde bei der stationären Entwöhnung auch besprochen, das Wirtshausmilieu und die entsprechenden Gegenden zu meiden. Doch wenige Monate später wurde Frau H. in der Nähe eines Markts, wo die Gaststätten fast rund um die Uhr offen haben, völlig betrunken und verwahrlost aufgefunden und in ein Krankenhaus gebracht. Es folgte wieder ein kurzer stationärer Entzug, und die Tochter – inzwischen Medizinstudentin – organisierte einen weiteren Aufenthalt in einem anderen Alkoholrehabilitationszentrum. Den Aufenthalt dort brach die Patientin vorzeitig ab, sie wollte es von da an alleine schaffen, und die inzwischen betagte (Groß-)Mutter, die Patientin und ihre Tochter zogen in eine Wohnung zusammen. Dies schaff-

te tatsächlich vorübergehend eine Verbesserung, zeitweise abstinente Phasen, dazwischen immer wieder Rückfälle, die jedoch von (Groß-)Mutter und Tochter „abgefangen“ werden konnten. Fünf Jahre lang herrschte ein labiles Gleichgewicht, eine befreundete Ärztin übernahm eine lose medikamentöse Therapie, d. h. insbesondere eine pharmakologische Unterstützung in Zeiten stärkerer Abstinenzerscheinungen. Eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung lehnte Frau H. strikt ab.

## 2 Therapeutische Ansatzpunkte

Der Erstkontakt zu mir ergibt sich mit der Tochter der 55jährigen Frau H., letztere befindet sich gerade in stationärer Behandlung an der Universitätsklinik für Psychiatrie. Die Tochter ist in der Zwischenzeit ambitionierte Ärztin und berichtet über einen langen „Leidensweg“, „jetzt müsse aber unbedingt etwas geschehen“. Ihr Vorschlag besteht darin, daß ihre Mutter mich in meiner Praxis bereits während des stationären Aufenthaltes zweimal wöchentlich aufsuchen solle, um endlich etwas „konzentriert“ zu tun. Da ich nicht in ein anderweitiges therapeutisches Setting eingreifen möchte, lehne ich dies vorerst einmal ab.

Als ich dann Frau H. nach ihrer Entlassung aus stationärer Behandlung kennenlerne, ist sie voll der Vorwürfe gegenüber verschiedenen Institutionen: An der Universitätsklinik sei man nur eine Nummer, in den entsprechenden Alkoholentwöhnungsinstitutionen, deren sie bisher zwei aufgesucht hat, sei nicht das ihr entsprechende Publikum, außerdem hätte sie sich dort „fadisiert“. Die Patientin wirkt vorgealtert, körperlich erschöpft, abgemagert und auch in ihren kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt; mehrmals berichtet sie dieselben Situationen, ihr Verhalten wirkt schablonenhaft angepaßt, aus inadäquaten Antworten ist jedoch abzuleiten, daß sie häufig Fragestellungen nicht oder falsch versteht, und ihr Vorwurfsverhalten ist perseverierend. Eine Therapieeinheit von 50 Minuten ist jedenfalls in diesem Stadium viel zu lang, da Frau H. nicht in der Lage ist, die Konzentration über den gesamten Zeitraum aufrechtzuerhalten und motorisch sehr unruhig wird. Aus diesem Grund und um ein engeres Netz von Kontrollterminen zu ermöglichen, vereinbaren wir, daß sie zunächst zweimal wöchentlich eine halbe Stunde in der Praxis erscheint. In den folgenden drei Monaten kommt es mehrfach zu Rückfällen, die die Patientin bagatellisiert und mit ihrer Beschäftigungslosigkeit bzw. Unausgelastetheit begründet.

Nun hat sich in der Zwischenzeit insofern eine veränderte Situation ergeben, als die Tochter einen Sohn geboren hat und beabsichtigt, sobald als möglich ihre Tätigkeit als Ärztin wieder aufzunehmen (die Ähnlichkeit mit der Le-

bensgeschichte der Mutter in dieser Phase soll nur angedeutet werden). Die Patientin und ihre Tochter erhoffen, daß sich dadurch ein neuer Aufgabenbereich und Lebensinhalt für Frau H. ergibt: Sie soll tagsüber oder immer dann, wenn die Tochter Nachtdienst hat, ihren Enkel betreuen; Voraussetzung dazu ist jedoch, daß sie alkoholfrei ist und ihre Aufgaben auch tatsächlich wahrnehmen kann, d. h. daß sie Termine einhält und die Tochter nicht „hängenläßt“. Zur Einleitung wird eine neuerliche stationäre Aufnahme in einer auf Alkoholprobleme spezialisierten Institution initiiert und mit der Patientin ausführlich vorbereitet: Die Bedeutung von Gruppentherapien, die Rolle des sozialen Gefüges in einer derartigen Institution, die Inanspruchnahme von Beschäftigungstherapie und auch Mithilfe in der Organisation der Anstalt, die Möglichkeiten von zwei wöchentlichen Einzeltherapiesitzungen usw. und das Therapieziel werden herausgearbeitet. Daß letzteres in der absoluten Abstinenz bestehen muß, wird von der Patientin selbst formuliert, sie hat erlebt, daß jeder andere Umgang mit Alkohol ihr letztendlich zum Verhängnis wird. In der Zwischenzeit hat sich herausgestellt, daß der somatische Zustand bedenklich ist und daß hirnatrophische Veränderungen im Computertomogramm sichtbar sind. Von ihrer ursprünglich intellektuellen Brillanz und Flexibilität ist nur noch wenig zu merken.

In dieser stationären Behandlung befindet sich Frau H. derzeit. Nach Angaben der Tochter fühlt sie sich dort wohl, die Tochter besucht sie mit ihrem Sohn jedes Wochenende; ein Wochenende haben sie bereits im Rahmen eines Ausganges in einem nahegelegenen Ferienort zu dritt verbracht.

In einem Gespräch mit dem betreuenden Psychologen teilte mir dieser mit, daß er bisher vorwiegend Motivationsarbeit geleistet hätte und mit der Patientin versuche, Problemlösestrategien zu erarbeiten. Diese betreffen vor allem die Wiedereingliederung in ein soziales Netz (die Kleinfamilie) sowie den Aufbau eines gesellschaftlichen Lebens, das sich außerhalb des zum Alkoholkonsum animierenden Milieus abspielt. Eine frühere Kollegin aus der Bank, die inzwischen ebenfalls pensioniert ist, kann dafür gewonnen werden, und so ist noch von der stationären Aufnahme aus eine Kurzreise nach Italien geplant. Das heißt, insgesamt werden Strategien erarbeitet, die eine akzeptable Lösung von Alltagsproblemen möglich machen, also beispielsweise die Beschäftigung mit dem Enkel, und die die Tageseinteilung sowie den sinnvollen Umgang mit Freizeit umfassen. Therapieansatzpunkte sind laut Auskunft des Psychologen auch die Arbeit an Einstellungen und Fragen der Rückfallprophylaxe, letzteres teilweise in Form von Gruppentherapie (siehe auch Petry, 1985; Edwards, 1986). In die Gruppentherapiestunden sind die Therapiezielfragen integriert, die bei den in dieser Institution stationär aufgenommenen Patienten die Motivation zur totalen Abstinenz stützen sollen.

### 3 Therapieprinzipien

Zum gegebenen Zeitpunkt ist es schwierig, eine genaue Problemanalyse zu erarbeiten bzw. die die Schwierigkeiten verursachenden von den aufrechterhaltenden Bedingungen abzugrenzen, weil beide im Rahmen einer jahrzehntelangen Entwicklung ineinandergreifen. Dieses fortgeschrittene Stadium der Abhängigkeit, insbesondere die körperliche Abhängigkeit, gilt als Hauptindikation für die Abstinenz als Therapieziel. Der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit wird dabei bestimmt durch

- die Intensität der Abhängigkeitssymptome; bei der oben dargestellten Patientin sind dies vor allem die fortgeschrittene Toleranzentwicklung (immer weniger Alkohol wird vertragen) sowie die Häufung von Kontrollverlusten, ferner der Grad der somatischen Beeinträchtigungen, die deutlich geminderten kognitiven und intellektuellen Fähigkeiten sowie der insgesamt beeinträchtigte körperliche Zustand;
- das Ausmaß der alkoholbezogenen Probleme, wie sie im oben genannten Fall in Form von deutlichem sozialem Abstieg, Aufsuchen von trinkfreudigem Milieu und persönlicher Vernachlässigung zu finden sind;
- die Quantität und Frequenz der Alkoholaufnahme: Zum einen sind bei der Patientin in der Anamnese häufige Berausungen feststellbar, zum anderen sind die Zeitspannen zwischen den Alkoholexzessen immer geringer und die Versuche, einen moderaten Trinkstil aufzubauen (wenn dies auch nie mit therapeutischer Hilfe erfolgte), bisher fehlgeschlagen;
- die Dauer der Trinkgeschichte: Diese reicht bei Frau H. bis in die Jugend zurück. Wenn auch von der Patientin selbst die Trinkgeschichte bis zu ihrem 30. Lebensjahr als weitgehend unauffällig eingeschätzt wird, so sind die Wahl eines ebenfalls alkoholgefährdeten Partners und der Einsatz von Alkohol, um „die böse Schwiegermutter“ zu ertragen, Hinweise dafür, daß ein Alkoholproblem schon früher bestanden hat. Darüber, inwieweit dieses bei adäquater Behandlung zu diesem Zeitpunkt beseitigt hätte werden können, kann nur spekuliert bzw. auf Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen verwiesen werden (Jessor & Jessor, 1975; Polich et al., 1981; Vaillant, 1983).

Die Aufgaben in der Phase zwischen zwei stationären Aufenthalten, in der ich die Patientin therapeutisch begleitete, bestanden vorwiegend in Informations- und Motivationsarbeit: Ziele und Vorgangsweise sowie eine positive Einstellung zu einer stationären Alkoholismusbehandlung wurden erörtert und konkrete Beispiele aus früheren Aufenthalten in einschlägigen Institutionen herangezogen. Die Motivation zur Abstinenz konnte einerseits durch den Zustand erhöht werden, daß die Patientin trotz des von ihr gewünschten lockeren ambulanten Kontakts die Erfahrung machte, daß sie

nicht in der Lage war, ohne Alkohol auszukommen und das sie verführende soziale Milieu (spezielle Gegenden, „Sandlerkneipen“ usw.) zu vermeiden. Unterstützt wurde – zumindest auf gedanklicher Ebene – die Notwendigkeit zur Abstinenz durch die möglicherweise neue Aufgabe, über weite Strecken die Verantwortung für den Enkel zu übernehmen. Starke Einschränkung erfuhr das kognitive Umstrukturieren durch die deutliche hirnanorganische Beeinträchtigung der Patientin. Trotz der nur halbstündigen Therapiesitzungen entstand häufig der Eindruck schablonenhaften Zuwendungsverhaltens sowie vorgetäuschten Verständnisses, was auf der Verhaltensebene durch andauerndes Nicken, leeres Lächeln und perseverierende Zustimmungssreaktionen auffiel.

## Resümee

Bei der Diskussion um das Therapieziel (siehe Tabelle im Anhang) geht es also um die Definitionskriterien für Alkoholiker und bei der Vergleichbarkeit verschiedener Studien um die Berücksichtigung selektiver Stichprobenauswahl sowie unterschiedlicher Kriterien, was unter „kontrolliertem Trinken“ zu verstehen sei. Schließlich spielen die verschiedenen Follow-up-Zeiten und auch die Art, mit der katamnestisch erhoben wird, eine Rolle (so sind beispielsweise telefonische Rückfragen über den Zustand kaum aussagekräftig).

Ein Kriterium, das die Therapiezieldiskussion zurecht in den Vordergrund gestellt hat, besteht darin, daß die Einstellung und Überzeugung des Klienten in bezug auf das Therapieziel wesentlich zu seiner Erreichung beitragen kann und daß es von Bedeutung ist, daß Klient, Therapeut und das soziale Umfeld gleiche Therapiezielvorstellungen haben. Die Transparenz von Zielen und – wenn nicht eindeutig schwerwiegende medizinische Gründe dagegen sprechen – die Wahlfreiheit des Klienten sind Rahmenbedingungen, die für den therapeutischen Prozeß förderlich sind.

## Anhang

*Als Kriterien für Abstinenz\** werden genannt

- gesundheitliche Probleme, bei denen jeglicher Alkoholkonsum eine starke Gefährdung darstellt (Leberschaden, Pankreatitis, Herzschaden oder psychiatrische Störungen),
- starker Wunsch des Klienten, abstinent zu werden, bzw. schon bestehende Abstinenz,
- Druck von außen (Partner, Arbeitgeber, Gericht, Führerscheinentzug),
- pathologische Intoxikationen, selbst nach kleinen Mengen Alkohol,
- Einnahme von Medikamenten, die in Kombination mit Alkohol gefährlich werden können,
- frühere Mißerfolge bei Therapien zum kontrollierten Trinken.

Letzteres bedeutet eine Unfähigkeit, aus den Rückfällen zu lernen, bzw. daß keine adäquate Rückfallprophylaxe erzielt werden kann.

Als Kriterien für *kontrolliertes Trinken\** gelten

- jüngere Klienten, die keine körperliche Abhängigkeit, ein intaktes soziales Umfeld und eine gute berufliche Integration aufweisen,
- der starke Wunsch des Klienten, kontrolliert zu trinken,
- frühere Mißerfolge bei Abstinenztherapien,
- wenn der Klient von außen veranlaßt wird, Alkohol zu trinken (z. B. durch Beruf).

Die letzten drei Punkte sind insofern in Frage zu stellen, als es sich durchaus auch um Personen handeln kann, auf die Kriterien zutreffen, für die Abstinenz indiziert ist (s. o.).

---

\* Siehe dazu Miller & Caddy, 1977; Sobell & Sobell, 1978; Heather & Robertson, 1983; Polich et al., 1981; Arend, 1991.

## Literatur

- Arend, H. (1991). Kontrolliertes Trinken: Ein alternatives Therapiekonzept für die Behandlung von Problemtrinkern. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 16, 305–317.
- Cahalan, D. (1987). Studying drinking problems rather than alcoholism. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism, Volume 5* (pp. 363–372). New York: Plenum Press.
- Edwards, G. (1986). *Arbeit mit Alkoholkranken. Ein praktischer Leitfaden für die helfenden Berufe*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Feuerlein, W. (1989). *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Fillmore, K.M. (1987). Prevalence, incidence and chronicity of drinking patterns and problems among men as a function of age: A longitudinal and cohort analysis. *British Journal of Addiction*, 82, 77–83.
- Heather, N. & Robertson, I. (1983). *Controlled drinking*. London: Methuen.
- Heather, N. & Robertson, I. (1985). *Problem drinking. The new approach*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Jellinek, E.M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 673–684.
- Jellinek, E.M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: College and University Press.
- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1975). Adolescent Development and the Onset of Drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 27–51.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Kryspin-Exner, J. (1998). Alkoholismus. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Auflage). (S. 354–387). Göttingen: Hogrefe.
- Miller, W.R. & Caddy, G.R. (1977). Abstinence and controlled drinking in the treatment of problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 986–1003.
- Petry, J. (1985). *Alkoholismustherapie: Vom Einstellungswandel zur kognitiven Therapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Polich, J.M., Armor, D.J. & Braiker, H.B. (1981). *The course of alcoholism: Four years after treatment*. New York: Wiley.
- Reinecker, H. (1993). *Phobien*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, L. (1988). *Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch. Definition – Ursachen – Folgen – Behandlung – Prävention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1978). *Behavioral treatment of alcohol problems*. New York: Plenum Press.
- Vaillant, G.E. (1983). *The natural history of alcoholism*. London: Harvard University Press.
- Wanke, K. (1989). Drogen und Alkohol. Ihre Bedeutung für die psychische Entwicklung bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 65, 93–97.
- Wanke, K. & Bühringer, G. (Hrsg.). (1991). *Grundstörungen der Sucht*. Berlin: Springer-Verlag.



## Kapitel 10

# Drogenabhängigkeit

Heinz C. Vollmer\* und Gerhard Bühringer\*\*

## Einführung

Zum besseren Verständnis der Falldarstellung werden im folgenden einige allgemeine Informationen über Drogenabhängigkeit gegeben.

### *Diagnose*

Das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen DSM IV sowie der Diagnoseschlüssel und das Glossar psychiatrischer Krankheiten ICD-10 sind zur Diagnose der Abhängigkeit von illegalen Drogen gut geeignet. In der alltäglichen klinischen Praxis sind bei Abhängigen in der Regel zahlreichere Kriterien erfüllt als für die Diagnose „Abhängigkeit“ notwendig wären. Am eindrucksvollsten sind die Entzugsserscheinungen, die nach Reduzierung oder Absetzen der Drogeneinnahme auftreten, und je nach Art der psychotropen Substanz unterschiedlich ausfallen können. Schlaflosigkeit, Angst oder Reizbarkeit, Unruhe, Tremor, Schwäche sowie Depressionen sind einige der Symptome, die nach Absetzen der Droge auftreten und meistens eine medizinische stationäre Behandlung erfordern. Bei Amphetaminen, Kokain und Cannabis ist die Entzugssymptomatik schwächer ausgeprägt als bei Opiaten, Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika und sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten nicht so leicht erkennbar. Die Entzugssymptome verschwinden nach 7 bis 14 Tagen, können aber in leichter Ausprägung mehrere Wochen andauern. So klagen zum Beispiel Konsumenten von Remedacen noch 4 Wochen nach

---

\* Salus-Therapiezentrum Friedberg

\*\* IFT, München

Absetzen des Medikamentes über Entzugssymptome. Ein zweites entscheidendes Kriterium zur Diagnose der Abhängigkeit ist die Vermeidung oder Reduzierung der Entzugssymptome durch die Fortführung oder Wiederaufnahme des Drogenkonsums. Toleranzentwicklung\* ist in der alltäglichen klinischen Praxis als Kriterium der Abhängigkeit bei Drogenabhängigen nur selten meßbar, da der Konsum verschiedener Drogen in kurzer zeitlicher Folge und mangelnde Kenntnisse über den Reinheitsgehalt der Substanzen nur ungenaue Angaben über die Dosierung erlauben.

Neben den Entzugssymptomen und deren Vermeidung durch Drogenkonsum ist für Drogenabhängige außerdem typisch, daß sie sehr viel Zeit darauf verwenden, die Droge zu beschaffen, und daß sie Verpflichtungen vernachlässigen (z. B. beruflicher oder familiärer Art) sowie soziale, berufliche und Freizeitaktivitäten aufgeben. Häufig steht der gesamte Lebensablauf unter vollständiger Kontrolle des Drogenerwerbs und -gebrauchs.

### *Prävalenz*

Die am weitesten verbreitete illegale Droge ist Cannabis. 10,5 % der 12- bis 39jährigen in den alten Bundesländern haben Erfahrung mit dieser Substanz, hingegen nur 0,9 % mit Opiaten und 0,8 % mit Kokain (life-time Prävalenz, Simon & Wiblishauser, 1993). Die Anzahl der Abhängigen von harten Drogen wird in der Bundesrepublik auf ca. 100.000 geschätzt (Bühringer & Küfner, 1996).

### *Genese*

Die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit verläuft bei den meisten Abhängigen ähnlich. Im Durchschnitt beginnen sie im Alter von etwa 12 Jahren Zigaretten zu rauchen, mit Cannabis und/oder Alkohol mit etwa 14 Jahren, für Opiate, Amphetamine und/oder Kokain liegt das Einstiegsalter bei etwa 17 Jahren. Opiate und Amphetamine werden in den ersten Monaten in der Regel nur gelegentlich geschnupft, dann jedoch – je nach Verfügbarkeit der Drogen – fast täglich intravenös gespritzt. Kokain hingegen wird von den meisten auch weiterhin unregelmäßig geschnupft oder zusammen mit Heroin intravenös appliziert. Im Verlauf der Drogen-genese werden viele andere Substanzen ausprobiert (z. B. Halluzinogene wie

---

\* Toleranzentwicklung: Bei gleicher Substanzmenge nimmt die Wirkung ab, so daß die Menge gesteigert wird, um die gleiche Drogenwirkung zu erzielen.

LSD, Barbiturate wie Medinox, Benzodiazepine wie Rohypnol), auf die zurückgegriffen wird, wenn die Hauptdroge (vorübergehend) nicht verfügbar ist. Während sich bei intravenöser Injektion von Opiaten oder Amphetaminen eine Abhängigkeit innerhalb weniger Wochen entwickelt, können bei nasaler oder oraler Applikation dieser oder der anderen Drogen Monate vergehen, bis der gelegentliche Konsum in Mißbrauch, und Jahre, bis der Mißbrauch in Abhängigkeit übergeht.

### *Prädisponierende Faktoren*

Störungen des Sozialverhaltens in der Kindheit oder Adoleszenz (z. B. antisoziales Verhalten) können zur Entwicklung einer Abhängigkeit prädisponieren. Persönlichkeitsstörungen sind häufig bei Drogenabhängigen vorzufinden, bei Männern insbesondere die antisoziale, bei Frauen häufig die histrionische Persönlichkeitsstörung. Kinder, bei denen ein Elternteil abhängig ist/war, haben ein höheres Risiko, selbst abhängig zu werden. Die Bedeutung genetischer Faktoren ist nicht ausreichend untersucht. Bestimmte Muster der familiären Interaktion, das Fehlen einer konsequenten elterlichen Erziehung und das Fehlen eines oder beider Elternteile scheinen prädisponierende Faktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeit zu sein. Hinzu kommt die räumliche und zeitliche Nähe von Drogen. Sind keine Drogen durch gleichaltrige oder etwas ältere Personen in der Nachbarschaft der gefährdeten Person verfügbar, so ist die Wahrscheinlichkeit, mit dem Konsum von Drogen zu beginnen, sehr gering. Die bei jedem Patienten individuelle Berücksichtigung der prädisponierenden Faktoren einer Abhängigkeit ist für eine erfolgreiche Therapie ebenso wichtig wie die Komplikationen (Bühringer, 1998, Vollmer, 1995).

### *Komplikationen*

Charakteristisch für den jugendlichen Drogenmißbraucher oder -abhängigen ist der soziale Rückzug gegenüber Personen, die keine Drogen konsumieren (z. B. Eltern, Geschwister, Freunde) und die Fixierung auf eine in der Drogenszene verankerte Peergroup. Für die spätere Therapie ist von Bedeutung, daß der drogenkonsumierende Jugendliche in seiner Bezugsgruppe ab dem 14. Lebensjahr – häufig auch schon einige Jahre früher – eine andere Sozialisation erfährt als ein Jugendlicher, der sich länger an seinen Eltern und an einer drogenfreien Gruppe orientiert. Der Drogenkonsument lernt in dieser entscheidenden Entwicklungsphase im Gegensatz zu seinen drogenfreien Altersgenossen keine angemessenen Konfliktbewältigungsstrategien, Kommunikationsfertigkeiten, Kontakt- und Arbeits-

verhalten und andere Verhaltens-, emotionale und kognitive Fertigkeiten. Mehrjährige Abhängigkeit führt häufig zu einer Beeinträchtigung zielgerichteter Verhaltensweisen. Auch nach mehrmonatiger Drogenfreiheit leben die Patienten in den Tag hinein, haben keine aktiven Freizeitbeschäftigungen, erledigen keine Behördenangelegenheiten, schaffen keine mehrstündigen Arbeiten und haben starke Defizite in Konzentration und Durchhaltevermögen. Diese Störungen, die am ehesten bei Patienten auftreten, die sehr häufig Cannabis und/oder Halluzinogene genommen haben, werden in der Literatur des öfteren als „Amotivationssyndrom“ bezeichnet. Eine weitere Komplikation des Mißbrauchs oder der Abhängigkeit von Drogen sind depressive Symptome und eine erhöhte Suizidalität. Die hohe Mortalitätsrate bei Drogenabhängigen ist auf die hohe Anzahl der Suizide zurückzuführen, die sowohl im intoxikierten als auch nüchternen Zustand auftreten, auf eine unbeabsichtigte Überdosierung der Droge, auf medizinische Komplikationen, die durch die Abhängigkeit (z. B. Herzversagen) oder den Lebensstil des Abhängigen (z. B. Infektionskrankheiten) verursacht werden, und auf durch den Drogenkonsum bedingte riskante Verhaltensweisen (z. B. Autounfälle). Auch mehrere Wochen nach einer erfolgreichen Entgiftung berichten Drogenabhängige häufig ängstliche und/oder depressive Stimmungen und körperliche Beschwerden (z. B. Migräne). Erst im Verlauf der mehrmonatigen Therapie kann differentialdiagnostisch entschieden werden, ob es sich dabei um eine Anpassungs- oder um affektive bzw. Angststörungen oder einen durch psychische Faktoren beeinflussten körperlichen Zustand handelt.

### *Stationäre / ambulante Therapie*

Die prädisponierenden Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit, der Beginn des Mißbrauchs von Drogen in der frühen Adoleszenz und die durch ihn bedingten Sozialisationsdefizite, der zumeist mehrjährige Konsum von Drogen hoher Suchtkapazität, die medizinischen und psychischen Folgeerkrankungen und die fast ausschließliche Fixierung des Abhängigen auf die Drogenwelt erfordern eine alle diese Aspekte berücksichtigende, intensive und lange Therapie. Unter günstigen situativen Bedingungen (z. B. fester Arbeitsplatz, drogenfreier Partner, keine offene Drogenszene am Wohnort) kann eine ambulante Therapie für Drogenabhängige erfolgreich sein. In der Regel ist eine stationäre Therapie von etwa 6- bis 12monatiger Dauer im Rahmen einer therapeutischen Wohngemeinschaft indiziert. Zuvor erfolgt durch Therapeuten einer Drogenberatungsstelle eine sich häufig über mehrere Monate erstreckende Motivierung des Abhängigen zu einer Therapie. Nach einer ein- bis dreiwöchigen Entgiftung auf einer geschlossenen medizinischen Station wird der Drogenab-

hängige unmittelbar in eine Therapieeinrichtung zur stationären Entwöhnungsbehandlung aufgenommen. Nach erfolgreichem Abschluß dieser Therapie sollte eine ambulante oder teilstationäre Weiterbehandlung folgen.

Der Patient, der im folgenden vorgestellt wird, wurde stationär behandelt. Zu den verbindlichen Standardinterventionen gehörten Verhaltensanalyse, ein Training zum Erwerb sozialer Basisfertigkeiten und ein Punkte-Verstärkungssystem. Die meisten Interventionen wurden je nach Indikation angeboten, so zum Beispiel kognitive Umstrukturierung, Kommunikationstraining, Rückfallprävention, verdeckte Kontrolle, Selbstsicherheits- und Aktivitätstraining. Die Erfolgsquote einer stationären verhaltenstherapeutischen Behandlung Drogenabhängiger liegt bei etwa 35 % unter Berücksichtigung aller Aufnahmen. Verhaltenstherapeutische Therapieprogramme sind dargestellt bei Bühringer, de Jong, Kaliner, Kraemer, Ferstl & Feldhege (1978), Vollmer & Dvorak (1983), Vollmer (1985), Vollmer, Ferstl & Ellgring (1992).

## Vorbemerkung

Für die Falldarstellung wurde der im folgenden beschriebene Patient ausgewählt, da verschiedene Aspekte der Genese, der Aufrechterhaltung und des Therapieverlaufs bei ihm typisch für Drogenabhängige sind. Der Therapeut stufte auf der Grundlage seiner Erfahrungen mit ähnlichen Patienten die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Behandlung als gering ein und hoffte, durch Schwierigkeiten im Therapieverlauf, Charakteristika der Therapie Drogenabhängiger für den Leser besser herausarbeiten und darstellen zu können. Es wird im folgenden zwischen der Falldarstellung und den Kommentaren dazu unterschieden, die dem nicht mit der Verhaltenstherapie Drogenabhängiger vertrauten Leser das Verständnis erleichtern sollen.

## 1 Beschreibung der Störung

### *Biographische Angaben*

Der 25jährige ledige Patient (Herr B.) hat nach dem qualifizierten Hauptschulabschluß eine Gesellenprüfung als Maurer absolviert, anschließend mit seinem Vater (53 Jahre, Maurer) zusammengearbeitet. Die Mutter (49

Jahre, Bedienung) hat sich vor vier Jahren vom Vater getrennt. Der Patient hat bis zum 21. Lebensjahr bei seinen Eltern gelebt, nach der Trennung der Eltern bei seinem Vater. Der 27jährige Bruder ist vor 8 Jahren zu Hause ausgezogen.

#### *Aktuelle Situation und Aufnahmebefund*

Der Patient wurde nach 12tägiger Entgiftung auf der geschlossenen Station einer Psychiatrischen Klinik in die Therapieeinrichtung aufgenommen. Der untersetzte, kräftig gebaute, angespannt wirkende, aber munter dreinblickende Patient gab an, er habe vor 14 Tagen zuletzt Heroin und Cannabis zu sich genommen und vor 12 Tagen zuletzt Alkohol getrunken (16 Bier und 8 Schnäpse). Er hat eine gerichtliche Auflage zu einer Therapie nach § 35 BtMG. Der Patient berichtete, er traue sich zu, auch ohne eine Therapie abstinenter von Opiaten und Kokain zu leben. In seinem Cannabis- und Alkoholkonsum sehe er keine Probleme, er werde auch in Zukunft beide Substanzen reduziert zu sich nehmen. Er würde sich irgendwie gerne ändern, die Lustlosigkeit während der Zeit des Opiatkonsums sei für ihn deprimierend gewesen. Er glaube, daß er sehr kontrolliert, sehr konsequent und korrekt sei. Andererseits reagiere er manchmal zu schnell aggressiv und fresse Ärger häufig in sich hinein. Der Patient ist gut konzentriert, zeigt keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, ist gut schwingungsfähig, seine Grundstimmung scheint eher gehoben zu sein. Bei seiner Aufnahme liegen weder Hinweise auf Intoxikation, auf akute Psychose oder akute Suizidalität vor.

#### *Anamnese*

Die folgenden Angaben beruhen auf Explorationen des Patienten und aller Familienmitglieder. Der auf Montage arbeitende Vater hatte einen autoritären Erziehungsstil, wenn er am Wochenende zu Hause war. Die berufstätige Mutter (tagsüber kümmerte sich eine Tante um den Patienten) nahm ihren Sohn häufig vor dem Vater in Schutz und erfüllte ihm finanziell alle Wünsche. Seit Beginn der Ehe haben sich die Eltern mehrmals während der Woche laut gestritten. Der Vater hatte wegen erhöhten Alkoholkonsums zwei Jahre seinen Führerschein verloren, wurde aber nie ärztlich behandelt. Die Mutter hatte mehrere Jahre an depressiven Verstimmungen gelitten (ohne Behandlung). Durch die Abwesenheit der Eltern und ihren entgegengesetzten Erziehungsstilen hatte der Patient von frühester Kindheit an sehr viele Freiheiten. Bereits seit seinem 13. Lebensjahr hielt er sich nur noch selten zu Hause auf. Er schloß sich einer Gruppe etwas

älterer Personen an, die ihn durch ihre lockere, unkonventionelle Art faszinierten. Gemeinsam wurden die üblichen Jugendstreiche begangen, aber auch delinquente Verhaltensweisen wie Ladendiebstähle, PKW-Einbrüche, Beschädigungen an PKWs kamen vor. Alkoholkonsum begann mit 13, Cannabis mit 16, Heroin und Kokain mit 18 Jahren. Seinen Führerschein hat der Patient dreimal wegen Alkoholproblemen verloren. Partnerschaften waren von sehr kurzer Dauer und scheiterten an Herrn B.s Alkohol- und Drogenkonsum. Es gab keine Phasen der Abstinenz seit dem 13. Lebensjahr, sondern lediglich kurze Zeiträume, in denen er eine von mehreren Drogen vorübergehend absetzte, zum Beispiel mehrwöchige Abstinenz von Heroin, bei gleichzeitiger Erhöhung des Alkoholkonsums.

### *Kommentar*

Der Patient hat eine gerichtliche Auflage zu einer Therapie nach §35 BtMG. D. h., wenn er die Behandlung vorzeitig beendet, wird er inhaftiert, falls er nicht in sehr kurzer Zeit eine neue stationäre Therapie beginnt. Bei erfolgreichem Abschluß der Behandlung wird die Strafe, die der Patient noch offen hat, zur Bewährung ausgesetzt. Der Patient hätte ohne eine gerichtliche Auflage keine stationäre Therapie begonnen.

Typisch für viele Drogenabhängige zu Therapiebeginn ist die Einstellung, daß sie sich Abstinenz von Opiaten und Amphetaminen ohne eine Therapie zutrauen. Diese Fehleinschätzung basiert auf „erfolgreichen“ Selbstkontrollversuchen bezüglich der Abstinenz von beiden Drogen in der Vergangenheit der Patienten. Erst eine ausführliche Exploration ergibt in der Regel, daß die Patienten in solchen mehrmonatigen, von ihnen als drogenfrei bezeichneten Zeiten exzessiv andere Drogen (z. B. Cannabis, Alkohol, Medikamente) zu sich nehmen. Aus therapeutischer Sicht ist eine akzeptierende Haltung gegenüber den Einstellungen des Patienten notwendig und keine konfrontative Intervention, wie es früher bei der Behandlung Abhängiger üblich war. Eine ausführliche Exploration der angeblich drogenfreien Zeiten, die Analyse von Rückfällen, die Exploration von erfolglosen Selbstkontrollversuchen, eine motivierende Gesprächsführung sind Interventionen, die bei den Patienten zu einer Einstellungsänderung führen können.

Die Anamnese des Patienten ist typisch für die meisten Drogenabhängigen, die stationär behandelt werden: Häufige Streitigkeiten zwischen den Eltern, häufige Abwesenheit eines bzw. beider Elternteile, ein Elternteil hebt die Regeln des anderen wieder auf, Abwesenheiten vom Elternhaus sind seit frühester Jugend möglich, Orientierung an einer Gruppe Jugendlicher, die zu delinquenten Verhaltensweisen neigt und die zufällig in räumlicher Nähe zum Wohnsitz des Patienten besteht. Die Freizeit des Gefährdeten wird ab etwa dem 13. Lebensjahr geprägt durch Jugendstreiche, kleinere delinquente Verhaltensweisen und Alkohol- und Drogenkonsum. Die genaue zeitliche Reihenfolge ist häufig nicht mehr festzustellen. Wie der nächste Abschnitt der Falldarstellung zeigen wird, ist eine therapeutische Wohngemeinschaft mit ihren alltäglichen Konflikten eine ideale Rahmenbedingung, psychische Störungen, die dem Abhängigen nicht bekannt sind, zu erkennen. Auch wenn die diagnostische Phase innerhalb der ersten 6 Wochen des stationären Aufenthaltes schwerpunktmäßig abgeschlossen sein sollte, läßt es sich

bei Abhängigen mit der Neigung, Probleme zu überspielen, manchmal nicht vermeiden, daß noch 3 bis 4 Monate nach Therapiebeginn wichtige diagnostische Informationen gewonnen bzw. behandlungsbedürftige Störungen erstmalig erkannt werden. Zusätzlich zu den Verhaltensbeobachtungen in der therapeutischen Wohngemeinschaft gestattet die Exploration der Familienangehörigen und die Beobachtung der Familieninteraktion die Identifizierung von Störungen, die die Entwicklung der Abhängigkeit beeinflussen haben und die in Zukunft eine potentielle Rückfallgefahr bedeuten können.

### *Psychische Störungen und Zustände zu Beginn der Therapie* (die ersten 6 Therapiewochen)

Der Patient entwickelt in den ersten 4 Wochen seines Aufenthaltes zu keinem Mitpatienten eine persönliche Beziehung und bespricht keine Probleme mit anderen Patienten. Der einzige engere Kontakt besteht zu einem Patienten über die Diskussion der Hausordnung und inwiefern diese von den anderen Patienten nicht eingehalten wird. Von anderen Patienten verlangt Herr B., daß Dinge so erledigt werden, wie er es für korrekt hält. Bei gegenteiligen Meinungen reagiert er mit Unverständnis und zieht sich lachend und kopfschüttelnd zurück. Über kleine Unkorrektheiten anderer Patienten wird er plötzlich aggressiv, ist mehrere Tage gedanklich damit beschäftigt, hat manchmal kurze wiederholte aufbrausende Phasen, daß sich andere Patienten nicht seiner Meinung entsprechend verhalten (z. B. Geschirr nicht abräumen, Blumen nicht gießen). Gefühle kann der Patient nicht bei sich benennen, auch wenn er erregt wirkt, äußert er, daß es ihm gut geht. Gefühle, die sein Verhalten bei den anderen auslösen, nimmt er ebenfalls nicht wahr. Der Patient ist nicht in der Lage, über sich und seine Probleme annähernd reflektiert zu berichten. Delinquente Verhaltensweisen stellt er zum Beispiel als Jugendstreiche dar, den Führerscheinentzug interpretiert er als unverständliches, rigides Verhalten der Behörden.

In der Arbeitstherapie arbeitet der Patient exzessiv, führt alle Arbeiten – mit Ausnahme von sehr komplexen Arbeiten, die in kurzer Zeitfolge mehrere eigenständige Entscheidungen erfordern (z. B. Kochen) – perfekt aus. Anweisungen von Autoritätspersonen befolgt er ohne Widerspruch. Bei den Therapeuten ist der Patient wegen seines korrekten, zuverlässigen und verantwortungsvollen Verhaltens beliebt.

Die Mutter äußert im Einzel- wie auch im gemeinsamen Gespräch mit dem Patienten keine Gefühle; belastende Situationen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum ihres Sohnes oder ihrer Ehe kann sie nicht schildern. Sie macht sich Vorwürfe, daß sie ihrem Sohn gegenüber zu nachgiebig war; insgesamt fällt eine depressive Grundstimmung der Mutter auf. Vater und Bruder zeigen sich im Einzelgespräch wie in den Gesprächen mit dem



Patienten sehr engagiert und aktiv, äußern konkrete Vorstellungen, wie es zur Drogenabhängigkeit kommen konnte (Schuld liegt bei ihnen bekannten Drogenhändlern) und wie der Patient ein drogenfreies Leben gestalten könnte (z. B. beim Vater wohnen und mit ihm in der gleichen Firma arbeiten). Vater und Bruder verhalten sich sehr zwanghaft und rigide, beide reagieren schnell aufbrausend. Der Patient bewundert seinen Vater und dessen korrektes, engagiertes Verhalten, hat aber entgegengesetzte Einstellungen bezüglich seiner Drogengenese. Der (Index-)Patient äußert in den Gesprächen mit seinen Familienangehörigen kaum eine eigene Meinung, geht nicht auf seine Angehörigen ein, äußert keine Gefühle, bei depressiven Äußerungen der Mutter oder bei extrem rigiden und zwanghaften Ansichten des Vaters zeigt er eine belustigt wirkende Mimik. Wenn es um Probleme untereinander geht, schauen sich alle Angehörigen nicht an, sondern sehen aus dem Fenster sowohl beim Reden als auch beim Zuhören. Vater und Sohn sind einander in ihren Grundeinstellungen (z. B. Perfektion, Korrektheit, Ordnung), ihren emotionalen (z. B. aufbrausen) und Verhaltensmustern (keine direkte Kommunikation) sehr ähnlich.

### *Kommentar*

Das Selbstbild des Patienten war es, ohne Probleme zu sein und seine Umwelt unter Kontrolle zu haben. Abgesehen vom Drogenkonsum traf letzteres auf seine Drogenzeit zu einem großen Teil zu. Der Patient war „erfolgreich“ im Drogenhandel, arbeitete exzessiv, wenn finanziell attraktive Aufträge vorlagen. Um besser arbeiten zu können, reduzierte er vorübergehend den Opiat- und steigerte den Amphetaminkonsum und gewann so auch den Eindruck, den Konsum der Drogen unter Kontrolle zu haben. Die geringe Selbstreflexion des Patienten, seine Unkenntnis eigener Probleme und sein sozial geschicktes und ansprechendes Verhalten gegenüber den Therapeuten barg die Gefahr, psychische Störungen zu übersehen, die in funktionaler Beziehung zum Drogenkonsum stehen. Einige Therapeuten neigten dazu, Verhaltensstörungen des Patienten (übertriebene Hilfsbereitschaft, Verantwortungsgefühl, exzessives Arbeiten) als angemessenes und für sie angenehmes Verhalten zu akzeptieren. Erst die Analyse von Verhaltensweisen, sei es durch Explorationen oder Verhaltensbeobachtungen im drogenfreien Zustand des Patienten im Rahmen der Therapeutischen Wohngemeinschaft und die Einbeziehung der Familie, gestatteten das Erkennen für den Patienten noch unbekannter Problembereiche.

## 2 Diagnostik

Auf Grundlage der Informationen über die Genese des Patienten und über sein Verhalten in den ersten Wochen der Therapie wurden folgende vorläufige Diagnosen gestellt:

## DSM IV

- |      |         |                                                                                         |
|------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.   | 304.00  | Opiatabhängigkeit (Hauptdiagnose)                                                       |
|      | 303.90  | Alkoholabhängigkeit                                                                     |
|      | 305.20  | Mißbrauch von Cannabis                                                                  |
|      | 305.60  | Mißbrauch von Kokain                                                                    |
|      | 305.70  | Mißbrauch von Amphetaminen                                                              |
| II.  | 301.40  | Zwanghafte Persönlichkeit                                                               |
|      | V 61.20 | Eltern-Kind-Probleme                                                                    |
|      | V 62.81 | Andere zwischenmenschliche Probleme                                                     |
|      | V 71.01 | Antisoziales Verhalten                                                                  |
| III. |         | Keine                                                                                   |
| IV.  |         | (drohende Inhaftierung und durch den Drogenkonsum andere länger andauernde Belastungen) |
| V.   |         | Derzeitiger GAF: 45                                                                     |
|      |         | Höchster Funktionsstand im letzten Jahr: 55                                             |

*Kommentar*

Zum besseren Verständnis der Persönlichkeit des Patienten und der Hintergründe für den Drogenkonsum ist eine Einzelaufstellung der verschiedenen Abhängigkeiten und der Mißbräuche sinnvoll. Die nach unseren Erfahrungen sehr selten vorzufindende Diagnose Polytoxikomanie trifft auch bei diesem Patienten nicht zu, da während seiner Drogenzeit jeweils eine psychotrope Substanz dominierte. Unter bestimmten situativen Bedingungen wurde zum Beispiel der Opiatkonsum reduziert und der Alkoholkonsum nahm zu. Abhängigkeit und/oder Mißbrauch als einzige Störung ist sehr selten vorzufinden. Bei den meisten Patienten liegen zusätzlich noch Persönlichkeitsstörungen und zwischenmenschliche Probleme vor.

## Verhaltensanalyse

*1. Mißbrauch und Abhängigkeit von verschiedenen psychotropen Substanzen**Verhalten*

Täglich mehrmalige intravenöse Applikation von Heroin, manchmal gemischt mit Kokain. Bei mangelnder Verfügbarkeit von Opiaten und unter bestimmten situativen Bedingungen exzessiver Konsum von Alkohol, vorwiegend Bier und Schnaps. Gelegentlich intravenöse Aufnahme von Amphetaminen. Gelegentlich Rauchen von Cannabis. Wenigstens eine der Drogen wurde täglich genommen, der Drogenkonsum war über den ganzen Tag verteilt.

*Kognitionen*

Einstellung, den Konsum der Drogen einigermaßen unter Kontrolle zu haben, bestätigt dadurch, daß einige Drogen vorübergehend abgesetzt werden; die Zunahme anderer Drogen als Folge davon wird nicht wahrgenommen. Außerdem Eindruck der Kontrolle über Drogen durch die zufriedenstellende Ausführung verschiedener Arbeiten wie Maurerarbeiten, Handel mit Drogen. Daß für die Arbeit der Konsum von Amphetaminen notwendig ist, wird nicht wahrgenommen.

*Körperliche Reaktion*

Verlangen nach Drogen mit körperlichen Reaktionen: Schwitzen, Unruhe, Reizbarkeit, Muskelschmerzen, Tremor, Schlaflosigkeit.

*2. Symptome der zwanghaften Persönlichkeitsstörung**Verhalten*

Übermäßige Beschäftigung mit der Hausordnung und häufig wiederholte Appelle an Patienten, die Hausordnung einzuhalten (z. B. die Nachtruhe zu beachten). Ebenso häufiges und wiederholtes Ansprechen von trivialen, nachlässigen Verhaltensweisen anderer (z. B. Zimmertür offen lassen, Teller nicht wegräumen); dies wird abgelöst durch Phasen, in denen nichts angesprochen wird, sondern er belustigt, kopfschüttelnd, durch die Einrichtung läuft, bis es anscheinend nicht mehr auszuhalten ist und er in aufbrausende Verhaltensweisen übergeht mit in beleidigender Art und Weise erhobenen Beschwerden über triviale, unkorrekte Verhaltensweisen anderer. Er stellt Forderungen auf, daß andere Patienten sich genauso verhalten sollten, wie er es für richtig hält: Zum Beispiel, obwohl dafür nicht zuständig, versucht Herr B. Einfluß darauf zu nehmen, wie andere Patienten ihre private Wäsche waschen sollen. Erledigung der Anweisungen von Therapeuten ohne Widerspruch. Exzessives Arbeiten in der Arbeitstherapie, einfache Arbeiten werden pedantisch erledigt. Ansammlung von Arbeitspunkten, die nicht für Freizeitaktivitäten ausgegeben werden. Überforderung bei komplexen Arbeiten (z. B. in der Küche). Hinauszögern von Entscheidungen, zum Beispiel welche Freizeitaktivitäten durchgeführt werden sollen. Keine persönliche Beziehung zu anderen Patienten; Kontakte finden vorwiegend über formale Punkte statt, zum Beispiel über die Klärung der Frage, warum und wie die Hausordnung einzuhalten ist.

*Kognitionen*

Einstellung, daß es nur eine richtige Wahrnehmung und nur eine einzige Lösung/Schlußfolgerung für Probleme gibt. Wunsch, von allen akzeptiert zu werden und Einstellung, daß Anerkennung durch andere bzw. zwischenmenschliche Beziehungen durch sehr korrektes Verhalten (auch bei Kleinigkeiten) und durch perfektes Arbeitsverhalten erreicht

werden. Keine Wahrnehmung, welche Gefühle bei anderen durch eigenes Verhalten ausgelöst werden.

*Körperliche Ebene*

Ständige innere Unruhe und Anspannung.

3. *Kommunikationsdefizite in zwischenmenschlichen Beziehungen*

*Verhalten*

Keine Äußerung eigener Gefühle (anscheinend auch keine Wahrnehmung); kein Nachfragen nach Gefühlen anderer; kein direktes Ansprechen von Konflikten, kein Blickkontakt bei belastenden Gesprächen. Die sogenannte sachliche Ebene wird nie verlassen, bei gegenteiligen Meinungen nahestehender Personen (z. B. Vater) keine Diskussionen, sondern Äußerungen wie „du wirst es schon wissen“ oder Schweigen, Wegschauen und Lächeln.

*Kognitionen*

Einstellung, daß es unmännlich sei, Gefühle zu zeigen und dazu führe, daß man schneller und schlimmer angreifbar sei.

*Körperliche Reaktionen*

Unbekannt

4. *Antisoziales Verhalten*

*Verhalten*

Einbrüche, Diebstähle in Kaufhäusern, mutwillige Beschädigung von PKWs, Provokation von Schlägereien, Angriffe auf Heime für Aussiedler.

*Kognitionen*

Einstellung, von der „Gesellschaft“ ungerecht behandelt zu werden (z. B. unberechtigte Führerscheinabnahme, da durch alkoholisiertes Fahren niemandem geschadet wurde).

*Körperliche Reaktionen*

Unbekannt.

*Kommentar*

Für die Therapie der Abhängigkeit ist es ohne Bedeutung, welche Substanz wann und in welcher Menge genommen wurde. Einige wenige Grundinformationen (z. B. weiche Substanz wann im Vordergrund steht, wie die Substanzen appliziert werden, wie häufig der Patient intoxikiert ist (Tage in der Woche und Verteilung am Tag) sind für die Therapieplanung ausreichend. Die Menge illegaler Drogen kann zumeist nicht angegeben werden, da dem Abhängigen der Reinheitsgrad der Droge unbekannt ist. Bei der

Analyse von Rückfällen nach einer wenigstens vierwöchigen drogenfreien Phase ist dagegen eine detaillierte Beschreibung des Konsummusters sinnvoll. Bei diesem Patienten gab es leider keine drogenfreien Phasen.

Bei den drei Ebenen der Symptome handelt es sich sowohl um dem Symptom zugehörige Merkmale als auch um auslösende Bedingungen für das symptomatische Verhalten. Das Verlangen nach Drogen ist z. B. gleichzeitig ein Merkmal der Abhängigkeit wie auch eine auslösende Bedingung des Konsums. Ob eine Reaktion (z. B. „Verlangen nach Drogen“ oder die Kognition „von allen anerkannt werden“) ein Auslöser, eine Reaktion oder eine Konsequenz ist, hängt von den Therapiezielen und der prinzipiellen Therapieplanung ab. Bei diesem Patienten orientiert sich die Beschreibung des symptomatischen Verhaltens an den DSM IV-Kriterien, bei anderen Drogenabhängigen sind häufig noch zusätzliche Symptombereiche zu beschreiben, die nicht im DSM IV oder ICD-10 vorkommen, z. B. Selbstunsicherheit, Kontaktschwierigkeiten, Defizite in der Selbstorganisation, unkontrollierter Umgang mit Geld, „Amotivierungssyndrom“.

### 3 Erklärungsansätze/Funktionales Bedingungsmodell

#### *Genese*

Durch die Berufstätigkeit der Eltern, deren häufige Streitereien und Defizite bei der Lösung von Konflikten und in der Kommunikation hatte der Patient keine Modelle, von denen er angemessene Konfliktbewältigungsstrategien und Kommunikationsfertigkeiten lernen konnte. Der Patient war auf sich allein gestellt, da beide Eltern tagsüber abwesend waren. Anerkennung und Zuwendung erhielt er von einer Gruppe delinquenter Jugendlicher durch die Erfüllung deren Gruppennormen, zum Beispiel übermäßigen Alkoholkonsum, Cannabiskonsum oder Diebstähle. Der Konsum von Drogen führte zur Spannungsreduktion, die für den Patienten, bedingt durch die Konflikte im Elternhaus und die zwanghaft hohen Erwartungen des Vaters an ihn, unbedingt notwendig war und zu welchen er keine alternativen Verhaltensweisen besaß. Menge und Art der Drogen und eine Steigerung delinquenter Verhaltensweisen führte zu weiterer Anerkennung und zu Erfolgserlebnissen. Neben diesen operant konditionierten Verhaltensweisen wurden beim Drogenkonsum zusätzlich die klassisch konditionierten Variablen wie die Auslösung von Verlangen durch externe (z. B. Drogenpersonen) und interne Reize (z. B. Anspannung) wirksam. Die Übernahme verschiedener irrationaler Kognitionen und Verhaltensweisen vom Vater wie übermäßiger Alkoholkonsum, exzessives, perfektes Arbeiten, aufbrausendes Verhalten, wenn jemand die Erwartungen nicht erfüllt, zeigt, daß der Vater eine wichtige Modellperson für den Patienten ist. Prädisponierende genetische Faktoren der Abhängigkeit könnten zusätzlich von Einfluß sein.

### *Aufrechterhaltung*

Antisoziales Verhalten und zwanghafte Persönlichkeit sind kaum miteinander vereinbar. Der Konflikt, der durch das Vorhandensein beider Störungen besteht (z. B. Diebstahl vs. korrektes Verhalten) wird reduziert durch Rationalisierungen (z. B. „Schadensersatz durch Versicherungen“ und „ungerechte Behandlung durch die Gesellschaft“) und durch erhöhten Konsum psychotroper Substanzen, so daß die durch das antisoziale Verhalten ausgelösten Schuldgefühle abnehmen. Durch die auf die antisozialen Verhaltensweisen folgende Anerkennung (= C+, mit starker Valenz durch langjährige Deprivation) und Aggressionsabbau (= C-, wegen fehlender alternativer Reaktion ebenso stark wirksam) sind die antisozialen Verhaltensweisen inzwischen selbstverstärkend. So erzählt der Patient mit Stolz und Freude über seine „Streiche“.

Der Mißbrauch und die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen wird durch die Beendigung der Entzugserscheinungen aufrechterhalten und durch den Abbau der Spannungen, denen der Patient ausgesetzt ist, wie Konflikte mit dem Vater, eigene zwanghafte Verhaltensnormen, Konflikte durch antisoziale Verhaltensweisen. Neben diesen negativ verstärkenden Bedingungen kommt noch die soziale Anerkennung durch Drogenfreunde als positiver Verstärker hinzu. Lustlosigkeit und depressive Verstimmungen als negative Konsequenzen für den Drogenkonsum führen zwar zu dem Wunsch, den Drogenkonsum zu reduzieren, aber mangelndes Wissen über die funktionalen Bedingungen und fehlende Verhaltensalternativen zur Bewältigung von Konflikten und Reduzierung innerer Anspannungen und zur Bewältigung des klassisch konditionierten Verlangens verhindern die Reduzierung bzw. Einstellung des Drogenkonsums. Durch den Drogenkonsum bedingte Mißerfolge des Patienten, die durch Erfolge (z. B. gute Arbeitsleistungen) abgelöst wurden, führten zu einer intermittierenden Verstärkung der Kognition „den Konsum von Drogen unter Kontrolle zu haben“. Diese Kognition ist wahrscheinlich sehr löschungsresistent und dürfte somit eine aufrechterhaltende Bedingung des Drogenkonsums darstellen.

Die der Persönlichkeitsstörung und den Kommunikationsdefiziten zugehörigen Verhaltensweisen und Kognitionen haben sich in der frühen Kindheit und in der Adoleszenz als feste Verhaltensgewohnheiten herausgebildet, die inzwischen automatisiert ablaufen. Neben den der Automatisierung zugrundeliegenden Prozessen werden sie aufrechterhalten durch soziale Anerkennung von Bezugspersonen, Orientierung an Modellpersonen, die sich ähnlich verhalten (z. B. der Vater), und der Selbstverstärkung im Rahmen der eigenen Verhaltenspläne.

### *Kommentar*

Diese Hypothesen über die funktionalen Bedingungen des Drogenkonsums wurden im ersten Drittel der Therapie herausgearbeitet. Es ergaben sich zwar recht bald Anhaltspunkte, daß die zwanghafte Persönlichkeit und die Kommunikationsdefizite auslösende Bedingungen des Drogenkonsums sind, aber es waren mehrwöchige Explorationen und Verhaltensbeobachtungen notwendig, um die Störungen des Patienten und die funktionalen Zusammenhänge genauer zu erkennen. Es ist für die Verhaltenstherapie typisch, daß sich der diagnostische Prozeß über einen großen Zeitraum der Therapie erstreckt.

### *Therapieziele*

Therapieziele des Therapeuten sind bei diesem Patienten die Einstellung bzw. Reduzierung des Konsums psychotroper Substanzen, die Reduzierung der Intensität und Auftretenshäufigkeit der Symptome der zwanghaften Persönlichkeit, die Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten und die Einstellung der antisozialen Verhaltensweisen. Der Patient hat lediglich das Therapieziel „irgendwie besser klarzukommen“, genauere Vorstellungen dazu hat er nicht. Der Patient befindet sich nur in den Zielen „Abstinenz von Opiaten, Amphetaminen und Kokain“ in der Veränderungsphase „Absicht“, traut sich aber auch ohne eine Therapie die Erreichung dieser Ziele zu – nach Einschätzung des Therapeuten eine unrealistische Einstellung des Patienten. In allen anderen Zielen befindet sich der Patient in der Phase „vor der Absicht“. Seinen exzessiven Alkohol- und Cannabiskonsum schätzt er als unproblematisch ein, ebenso die antisozialen Verhaltensweisen. Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung und die Kommunikationsdefizite sind dem Patienten auch nicht andeutungsweise bewußt, so daß funktionale Zusammenhänge zum Drogenkonsum für ihn auch nicht erkennbar sind. Aus den vom Therapeuten festgelegten Therapiezielen, der Veränderungsbereitschaft des Patienten, dem geringen Kenntnisstand über seine Probleme und deren Zusammenhänge und aus dem obigen vorläufigen Bedingungsmodell ergeben sich für die ersten Wochen der Behandlung folgende Unterziele:

1. Erkennen von funktionalen Zusammenhängen sowohl bezüglich der Wechselwirkungen eigener Kognitionen, Emotionen, physiologischer Reaktionen und Verhaltensweisen als auch des Einflusses situativer Bedingungen, einschließlich der Verhaltensweisen anderer Personen.
2. Veränderung von Merkmalen der zwanghaften Persönlichkeit (z. B. irrationale Einstellung, alles perfekt zu machen).
3. Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten (z. B. Gefühle wahrnehmen, Gefühle direkt äußern).
4. Bestimmung von persönlichen Zielen (z. B. Abstinenz von welchen Drogen?).

### *Kommentar*

Für den Therapeuten ergaben sich die Therapieziele zwangsläufig aus den von ihm gestellten, aber dem Patienten weiterhin unbekannt bleibenden Diagnosen. Da sich der Patient nur in den Phasen „Absicht“ und „vor der Absicht“ befindet (siehe Vollmer, 1993; Vollmer et al., 1992), würde die Bekanntgabe der Diagnosen an den Patienten (z. B. Alkoholabhängigkeit, Cannabismißbrauch oder zwanghafte Persönlichkeit) zu einer langandauernden Diskussion über deren Zutreffen führen, Widerstände gegenüber der Therapie fördern, den Patienten bei der Findung eigener Ziele stören und ihn von Denkanstößen, die er durch die Therapie erhalten kann, ablenken. Der Patient hat nur sehr vage Vorstellungen davon, wie er sich ändern möchte. Wie bei vielen Abhängigen ist das Finden von Zielen für den Patienten ein vorrangiges Therapieziel, ein Prozeß, der sich über die gesamte Therapie erstrecken kann (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990). Auch wenn der Therapeut aufgrund seines Fachwissens glaubt, daß zum Beispiel Abstinenz von Alkohol für den Patienten das einzig richtige Ziel sei, sollte er ihm gestatten, für sich andere Therapieziele zu definieren und zu erproben. Die Verhaltenstherapie unterscheidet sich hier wesentlich von einigen anderen therapeutischen Richtungen, besonders von den klassischen Abhängigkeitstherapien, die konfrontativ vorgehen. Zwar kann der Verhaltenstherapeut auch den Patienten mit seiner entgegengesetzten Meinung konfrontieren oder die Einstellung des Patienten hinterfragen (Vollmer, 1993), die letztliche Entscheidung über das Therapieziel liegt aber beim Patienten und dieses wird vom Therapeuten von Beginn an eindeutig signalisiert. Auch für den Therapeuten erstreckt sich das Finden von Therapiezielen für den Patienten über die gesamte Therapiezeit. Gleichzeitig geschieht der Einsatz von therapeutischen Interventionen zur Erreichung der Ziele bereits ab der zweiten Sitzung. Bei diesem Patienten wurde von Beginn an durch den Explorationsstil des Therapeuten zu erreichen versucht, daß funktionale Zusammenhänge erkannt und eigene Gefühle wahrgenommen und geäußert werden. Der diagnostische und therapeutische Prozeß laufen in der Verhaltenstherapie zeitlich parallel ab und greifen inhaltlich teilweise ineinander über (Fiedler, 1974). Im folgenden liegt der Schwerpunkt der Darstellung in der Therapie.

## 4 Therapie: Prinzip und Verlauf

### *Therapeutische Beziehung*

Der Patient befolgte von Beginn an alle Anforderungen der Therapeuten und verhielt sich in der stationären Einrichtung sehr verantwortungsbewußt, so daß er als angenehmer Patient galt, auf den man sich verlassen kann. Die Gefahr besteht dabei, daß die Therapie an der Oberfläche bleibt, Verhaltensweisen des Patienten – da sie für die Therapeuten sehr angenehm sind – nicht hinterfragt werden. Der Einzeltherapeut des Patienten ist selbst leistungsorientiert und leicht zwanghaft, so daß sich zwischen Therapeut und Patient die gleiche Interaktion wie zwischen Vater und Patient wiederholen könnte.



## Behandlungsplan

### *Strategische Therapieplanung*

Zur Erreichung der obigen Therapieziele sind voraussichtlich u. a. folgende Veränderungen in den funktionalen Bedingungsmodellen und folgende Interventionen notwendig:

- Veränderung der kognitiven Bewertungen bzw. Neubewertung verschiedener problematischer Verhaltensweisen (z. B. antisoziales Verhalten) bzw. potentieller Rückfallschritte (z. B. exzessives Arbeiten), d. h. Veränderung der sogenannten Rationalisierungen (z. B. „von der Gesellschaft ungerecht behandelt zu werden“) durch kognitive Interventionen wie „sokratischer Dialog“, Disputation, Entscheidungsmatrix etc.
- Unterbrechung der A-B-Automatismen (z. B. A: Ein Patient räumt seinen Teller nicht weg; B: Gedanke „der läßt absichtlich den Teller stehen“) durch rational-emotive Therapieinterventionen.
- Aufbau von R' (anstatt z. B. aggressiver Äußerungen) nach Auftreten irrationaler Kognitionen durch Verhaltensanalysen der betreffenden Situationen, Rollentausch, Verstärkung von R'.
- Ausbleiben von Verstärkung durch Therapeuten bei potentiellen Rückfallschritten (z. B. exzessiv Arbeiten, Hausordnung genau einhalten), sondern Training von und Verstärkung für R' (z. B. Freizeitverhalten, Gefühle äußern, Konflikte direkt ansprechen), durch die sich langfristig diskriminative Reize, die zum Drogenkonsum führten (z. B. Langeweile, unausgesprochene Konflikte), verändern.
- Aufbau von R' (anstatt Drogenkonsum), Verhaltensweisen, die zur Spannungsreduktion führen.
- Aufbau von R' (anstatt Drogenkonsum), zur Reduzierung des klassisch konditionierten Verlangens durch Verhaltensanalysen, kognitive Umstrukturierung, positive differentielle Verstärkung.
- Reduzierung der CS-CR-Stärke (CS: z. B. Gespräche über Drogen; CR: Verlangen) durch Exposition und kognitive Umstrukturierung.

### *Taktische Therapieplanung*

Die Hilflosigkeit und Überforderung des Patienten in sozialen Interaktionen und die dem medizinischen Krankheitsmodell entsprechende Erwartungshaltung des Patienten gegenüber der Therapie erforderte zu Behandlungsbeginn einen fremdkontrollierten, direktiven Therapiestil, damit der Patient möglichst schnell Hilfestellungen erhielt, wie Streßsituationen zu bewältigen seien und damit er nicht von der Therapie enttäuscht wird bzw.

den Eindruck gewinnt, die Therapeuten könnten ihm nicht helfen. Die Beibehaltung dieses Therapiestils würde langfristig ausschließlich zu fremdkontrollierten Veränderungen führen und die zwanghafte Persönlichkeitsstruktur des Patienten stärken und innere Konflikte erhöhen. Die Persönlichkeit des Patienten erfordert im späteren Therapieverlauf eine individuelle Erarbeitung von Veränderungszielen durch den Patienten und die Entwicklung und Durchführung von Interventionen in Selbstkontrolle, d. h. ein Vorgehen, das der Erwartungshaltung des Patienten widerspricht und vom Therapeuten daher Beharrlichkeit, bei gleichzeitiger Stützung des Patienten, verlangt. Eine Vorgabe von Zielen und Interventionen durch den Therapeuten wäre sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten kurzfristig die angenehmste soziale Interaktion, würde aber dem Patienten langfristig schaden.

Eine Überforderung des Patienten könnte durch die geplanten Familieninterventionen geschehen. Der Patient orientiert sich stark an seinem Vater, beide haben sehr ähnliche kognitive und emotionale Reaktionsmuster. Verhaltensweisen, die der Patient bei sich selbst als problematisch erkennt, wird er somit auch bei seinem Vater, der sich nicht in einer Therapie befindet und sich wahrscheinlich auch nicht ändern wird negativ bewerten, so daß für den Patienten eine kognitive Dissonanz entsteht: sich selbst verändern und gleichzeitig den Vater weiterhin akzeptieren. Ein weiterer Konflikt kann sich für den Patienten bei zunehmender Selbständigkeit ergeben, die gleichzeitig eine Reduzierung der Abhängigkeit vom Vater bedeuten würde. Diese potentiellen Konflikte erfordern seitens des Therapeuten ein neutrales Vorgehen, keine Koalitionen trotz gleichzeitiger Stützung des Patienten zu bilden, Geduld gegenüber dem unentschlossenen, entscheidungsunfreudigen Patienten zu zeigen, so daß dieser Zeit hat, Konfliktlösungen zu entwickeln.

### *Kommentar*

Bei der stationären Behandlung Drogenabhängiger kann ein ausführlicher Behandlungsplan frühestens nach 6 Wochen erstellt werden. Es liegen dann auch schon therapeutische Erfahrungen vor, so daß die therapeutische Beziehung bei der Therapieplanung berücksichtigt werden kann, ein für die Behandlung Drogenabhängiger wichtiger Bereich wegen der Störungen in der Kommunikation, die bei den meisten Betroffenen stark ausgeprägt sind. Verhaltensbeobachtungen in der Interaktion des Patienten mit seinen Familienangehörigen, mit seinen Mitpatienten im Rahmen der therapeutischen Wohngemeinschaft und vertikale Verhaltensanalysen auch zu der Patient-Therapeut-Interaktion ergeben Hinweise zur Therapiegestaltung und zu potentiellen Schwierigkeiten im Therapieverlauf, deren Niederschrift im Therapieplan eine vorbeugende Maßnahme für Therapiefehler sein kann.

Bei diesem Patienten wurden die üblichen verhaltenstherapeutischen Interventionen eingesetzt, die sich für die Behandlung Drogenabhängiger als hilfreich erwiesen haben (siehe Vollmer, 1985, 1993, 1997, Vollmer et al., 1992). In der Darstellung des Therapieverlaufs werden nicht alle Interventionen aufgelistet, anstelle dessen werden wenige Interventionen etwas ausführlicher dargestellt.

### *Therapieverlauf*

Die Therapie erstreckte sich über 42 Wochen mit 77 Einzel-, 46 Gruppen- und 6 verhaltenstherapeutischen Familien-Therapiesitzungen mit regelmäßiger Arbeitstherapie, häufigen Verhaltensbeobachtungen und vielen kurzen informellen Gesprächen mit allen Therapeuten. In den ersten Wochen der Behandlung war der Patient sehr angespannt, reagierte in kleinen Konfliktsituationen sehr schnell aggressiv, stürzte sich in die Arbeit, um abzuschalten, und zog sich auf sein Zimmer zurück, um Konfliktsituationen zu vermeiden. Den Kontakt reduzierte er auf nur einen Patienten, der ähnliche Normen wie er selbst hatte. Klar strukturierte Anweisungen des Therapeuten, gestützt durch Rollenspiele zum Erwerb der für die Umsetzung der Anweisungen notwendigen Verhaltensfertigkeiten (z. B. andere nach ihrer Meinung fragen), wurden vom Patienten als hilfreich erlebt. Informationen über Rückfallmodelle, Zusammenhänge zwischen irrationalen Kognitionen, Emotionen und Verhalten, Zwangsprozesse in der Partnerschaft und andere psychologische Modelle wurden vom Patienten unter Einbeziehung eigener Beispiele gut verarbeitet. In den ersten Wochen gestaltete der Therapeut die Interaktionen so, daß er die Erwartungen des Patienten an die Therapie erfüllte. Die strukturierten Anweisungen wurden allmählich reduziert, um beim Patienten Selbstkontrollfertigkeiten zu fördern. Die Änderung der therapeutischen Interaktion, die rational-emotive Therapie und die Analyse der Familien-Interaktionen führten beim Patienten zu starken Belastungen, zu einer Zunahme seiner Aggressionen und zu einer erhöhten Abbruchgefährdung. Der Patient hatte bereits gelernt, Gefühle besser wahrzunehmen, so daß eine Analyse der Aggressionen und der Abbruchgefährdung und die Entwicklung von Lösungsstrategien möglich war. Der durch die langsame Ablösung vom Vater ausgelösten Belastung wurde mit der Analyse von positiven Eigenschaften des Vaters und positiven Kindheitserlebnissen gegengesteuert.

### *Einige konkrete, kurz dargestellte Beispiele für Interventionen*

#### *Zu den verhaltenstherapeutischen Familien-Interventionen*

1. Situation: Der Vater gibt bestimmten Drogendealern die Schuld an der Abhängigkeit seines Sohnes. Der Patient lacht und äußert „wird schon so sein“.  
Intervention: Der Therapeut bittet den Patienten, die Ansicht des Vaters in seinen eigenen Worten zu wiederholen, Stellung dazu zu nehmen und seine Meinung zur

Genese seiner Abhängigkeit darzustellen. Der Vater wird gebeten, die Meinung seines Sohnes in seinen Worten zu wiederholen, Stellung zu nehmen, seine Meinung zu äußern etc. Der Patient wird gebeten, zu versuchen zu erklären, warum sein Vater die anfangs geäußerte Meinung hat. Der Vater paraphrasiert und äußert sein psychologisches Erklärungsmodell etc. Der Therapeut springt manchmal modellhaft ein oder faßt bisher Gesagtes zusammen, da dieses Gespräch beim ersten Besuch des Vaters stattfand.

2. Situation: Der Vater berichtet überraschend, daß er für seinen Sohn bereits eine Arbeitsstelle nach Abschluß der Therapie habe und dieses bereits mit dem zukünftigen Arbeitgeber abgeklärt hätte. Der Patient reagiert nicht auf die Äußerung des Vaters. Intervention: Der Therapeut exploriert den Patienten, wie er glaubt, wie sich sein Vater fühlen wird, wenn er die Arbeit a) ablehnt, b) ihr zustimmt, c) eine Entscheidung vertagt. Der Therapeut exploriert den Vater, wie sich sein Sohn fühlen wird, wenn er die Arbeit a) ablehnt, b) annimmt, c) eine Entscheidung vertagt. Die Exploration wird so durchgeführt, daß zwischen Vater und Sohn ein Dialog zu den Fragen stattfindet, ebenso bei den weiteren Themen (z. B. wie wird er sich fühlen, wenn er bei seinem Vater wohnt). Zu einem späteren Zeitpunkt wurden diese Themen nach dem Vorgehen des Problemlösetraining mit dem Patienten allein erarbeitet.

#### *Zu den rational-emotiven Interventionen*

1. Situation: Ein Mitpatient wäscht seine Turnschuhe in der Waschmaschine der Einrichtung. Der Patient ist darüber sehr erregt, da er befürchtet, daß die Waschmaschine beschädigt werden könnte, regt sich dann aber noch mehr darüber auf, daß der andere Patient seine Argumentation nicht einsieht. Intervention: Disputation der Themen: wie häufig der Patient mit seiner Meinung selbst im Unrecht ist, wodurch er eigentlich weiß, wann er im Recht ist; warum er möchte, daß der Mitpatient ihm zustimmt, wenn er sich im Recht fühlt etc. Außerdem stellte der Therapeut im Rollentausch dar, wie indirekt der Patient seine Kritik gegenüber dem Mitpatienten geäußert hatte. Anschließend Exploration der Gefühle des Patienten, die durch die therapeutische Intervention ausgelöst wurden und „sokratischer Dialog“ zu den obigen Themen.
2. Weitere Situationen, die sich durch die Rahmenbedingung Therapeutische Wohngemeinschaft ergaben, und bei denen ähnlich interveniert wurde, waren: ein Patient läßt versehentlich die Herdplatte in der Küche an, ein anderer Patient ist in seinem Zimmer sehr unordentlich, einige Patienten möchten im Nieselregen Volleyball spielen, andere äußern in Gegenwart von Therapeuten andere Meinungen als in deren Abwesenheit etc.

#### *Zur Rückfallprävention*

1. Thema: Rückfallstraße. In der Gruppe, zusammen mit anderen Patienten, werden aufgrund eigener Erfahrungen mit Rückfällen oder aufgrund von Beobachtungen bei anderen Patienten potentielle Rückfallschritte sowohl während der Therapie (z. B. Kontakte zu alten Drogenfreunden) als auch nach Abschluß der Therapie (z. B. altes Drogenlokal besuchen) gesammelt und Rationalisierungen dazu erarbeitet (z. B. dem Drogenfreund helfen, auch eine Therapie zu beginnen; die Musik ist in keinem anderen Lokal so gut).
2. Thema: Rückfall nach der Therapie. In der Gruppe wird exploriert, welche Konsequenzen ein ein- oder zweitägiger Rückfall nach Abschluß der Therapie hätte, wie

man sich nach Abklingen der Drogenwirkung fühlen würde, und die Kognitionen (z. B. Schuldgefühle, kognitive Dissonanz), wie dadurch der zukünftige Drogenkonsum beeinflusst wird und welche kognitiven und emotionalen Reaktionen und welche Verhaltensweisen in konkreten Einzelfällen sinnvoll sind, um weiter abstinent zu leben.

## Situation zu Therapieende

Bei Abschluß der Behandlung befand sich der Patient bezüglich des Ziels „Abstinenz von Opiaten, Amphetaminen und Kokain“ in der Aufrechterhaltungsphase, bezüglich des Ziels „Abstinenz von Cannabis und Alkohol“ hat eine positive Veränderung in die Absichtsphase, eventuell sogar Beginn der Handlungsphase, stattgefunden; bezüglich des Ziels „Kommunikation“ befand sich der Patient in der Handlungsphase. Irrationale Kognitionen sind dem Patienten bewußt geworden und haben sich etwas reduziert, aggressive Verhaltensweisen haben sich in Häufigkeit und Intensität reduziert. Die Kenntnisse des Patienten über potentielle funktionale Zusammenhänge haben sich stark verbessert, so daß der Patient insgesamt reflektierter geworden ist, und damit eine Basis für Selbstkontrolle geschaffen wurde. Merkmale der Zwanghaftigkeit sind, obwohl reduzierter, noch stark vorhanden. Der Patient war sich noch nicht im klaren darüber, wie er die zukünftige Beziehung zu seinem Vater gestalten soll. Dem Patienten wurde eine Behandlung bei einem niedergelassenen Psychologen vermittelt.

## 5 Resümee

Eine Therapie besteht nicht aus der Durchführung von Standardmaßnahmen, sondern erfordert eine individuelle, auf den Patienten zugeschnittene Ausgestaltung der Interventionen (siehe Kanfer et al., 1990). Bei der stationären Behandlung Drogenabhängiger ergeben sich kleine individuelle Interventionen aus den Explorationen und Verhaltensbeobachtungen der alltäglichen Konflikte, die im Rahmen der Therapeutischen Wohngemeinschaft auftreten und durch die die zukünftige Alltagswelt des Patienten in komprimierter Form simuliert wird. Da der Patient die Konflikte bisher mit Drogen „bewältigt“ hat, besteht, wenn der Patient auf die Interventionen anspricht, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, daß das Verlangen nach Drogen und die Gefährdung, die Therapie abzubrechen, zunimmt. Abhängige haben häufig seit mehr als 10 Jahren keine Konflikte mehr im drogenfreien Zustand bewältigt, falls dies überhaupt jemals geschehen ist. Die

enormen emotionalen Belastungen, denen der Patient durch die alltäglichen Konflikte und durch die Verhaltensanalysen ausgesetzt ist, erfordern eine Gratwanderung zwischen einer den Patienten fordernden und gleichzeitig sehr stützenden Therapie. Konfrontative Methoden, die früher üblich waren, sind aus verhaltenstherapeutischer Sicht bis auf wenige Ausnahmen kontraindiziert.

Um die im Rahmen der Therapie entstehenden Belastungen drogenfrei zu bewältigen, ist bei Drogenabhängigen – bei heutigem Wissensstand – in der Regel eine stationäre Therapie notwendig, in der der Patient vor zusätzlichen klassisch-konditionierten Auslösern (CS) für Verlangen (CR) geschützt ist. Der hier dargestellte Patient war mehrmals abbruchgefährdet, einmal sogar fest entschlossen zu gehen. Bei einer ambulanten Therapie wäre der Patient so vielen konditionierten Stimuli ausgesetzt gewesen, daß wegen der gleichzeitigen leichten Verfügbarkeit von Drogen, Rückfälle sehr wahrscheinlich gewesen wären.

Bei diesen wie bei vielen anderen Drogenabhängigen waren die Familien-Interventionen von entscheidender Bedeutung. Ohne die Informationen der Familienangehörigen hätte der Patient bei seinen geringen Fähigkeiten zur Selbstreflexion dem Therapeuten das Bild einer intakten Familienstruktur und einer sinnvollen Zukunftsplanung geliefert, d. h. es wären rückfallentscheidende, diagnostische Informationen vom Therapeuten nicht erkannt worden.

Auch bei der verhaltenstherapeutischen stationären Behandlung von Drogenabhängigen wird nach dem Prinzip der Minimal-Intervention vorgegangen. Die Durchführung von allgemeinen verbindlichen Standard-Interventionen wirkt sich sogar negativ auf die Therapie aus (Vollmer et al., 1992). Im Gegensatz zu einigen anderen Störungsbildern erfordert die Behandlung der Drogenabhängigkeit wegen der zugrundeliegenden Entwicklungsstörung in der Regel eine Vielzahl von Interventionen, die individuell auf den Patienten abgestimmt werden. Auch bei diesem Patienten wurde nach dem Prinzip vorgegangen, nicht mehr Interventionen anzubieten als indiziert.

## Literatur

- Bühringer, G., de Jong, R., Kaliner, B., Kraemer, S., Ferstl, R. & Feldhege, F.-J. (1978). Beschreibung eines stationären verhaltenstherapeutischen Programms zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger. In R. de Jong & G. Bühringer (Hrsg.), *Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen* (S. 9–104). München: Gerhard Röttger Verlag.

- Bühringer, G. & Küfner, H. (1996). Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Psychologische Störungen und ihre Behandlung* (S. 514–588). Göttingen: Hogrefe.
- Bühringer, G. (1998). Prävention. In A. Kreuzer (Hrsg.), *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts* (S. 447–487). München: C.H. Beck.
- Fiedler, P.A. (1974). Gesprächsführung bei verhaltenstherapeutischen Explorationen. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 128–151). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1990). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer Verlag.
- Simon, R. & Wibtishauser, P.M. (1993). Ergebnisse der Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. *Sucht*, 39, 177–180.
- Vollmer, H. (1985). Verhaltenstherapie der Opiatabhängigkeit. *Psychiatrische Praxis*, 12, 94–100.
- Vollmer, H.C. (1993). Therapie als kontinuierlicher Entscheidungsprozeß. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H.C. Vollmer (Hrsg.), *Eingrenzung und Ausgrenzung* (S. 67–100). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vollmer, H.C. (1995). Innere und äußere Realität und entwicklungspsychologische Aspekte der Abhängigkeit. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H.C. Vollmer (Hrsg.), *Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität* (S. 30–78). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vollmer, H.C. (1997). Selbstregulationsprozesse in ihrer Dynamik und Vernetzung als therapeutische Wirkvariablen. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H.C. Vollmer (Hrsg.), *Die Person des Therapeuten in der Behandlung Suchtkranker* (S. 28–63). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vollmer, H.C. & Dvorak, A. (1983). Stationäre Entwöhnungsbehandlung für junge Drogenabhängige. In O. Schrappe (Hrsg.), *Methoden der Behandlung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit* (S. 115–128). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Vollmer, H.C., Ferstl, R. & Ellgring, H. (1992). Individualized behaviour therapy for drug addicts. In G. Bühringer & Platt, J.J. (Hrsg.), *Drug addiction treatment research* (S. 333–352). Malabar: Krieger.

## **Somatisierungsstörung**

Katrin Wambach und Winfried Rief, Prien a. Ch.

### **Vorbemerkungen**

Das Gesundheitssystem wird im allgemeinen in Anspruch genommen, wenn körperliche Beschwerden vorliegen. In vielen Fällen lassen sich diese jedoch nicht ausreichend durch eine organische Erkrankung erklären. Körperliche Beschwerden, die nicht auf eine körperliche Erkrankung rückführbar sind, kommen bei 80 % der Bevölkerung mindestens ein mal pro Woche vor (Keller, 1986). Meist handelt es sich dabei um vorübergehende Symptome, teils sind sie jedoch chronifiziert und stellen einen Großteil der in Arztpraxen geschilderten Beschwerden. Dabei wird von Betroffenen oft mehr als ein Beschwerdenbereich geschildert. Daß sich für die berichteten Symptome oft keine somatische Ursache finden läßt, vermindert nicht unbedingt das Leiden der Betroffenen, sondern führt sie teils auf eine lange Suche nach dem möglichen Grund der Beschwerden. Arzt um Arzt wird konsultiert, um eine Erklärung zu finden. Kein Befund erhärtet das Vorhandensein der Symptome ausreichend, Patienten und Behandler sind unsicher, ein weiterer Fachkollege wird zu Rate gezogen. Nach der Entwarnung durch den Arzt ist der Patient erst einmal erleichtert, doch beim erneuten Auftreten der Symptome beginnen die Ängste und Sorgen wieder. Der Patient kann dies als einen Hinweis werten, doch an einer noch nicht erkannten Krankheit zu leiden.

Diese teils verzweifelte Suche belastet den Patienten zunehmend, niemand kann ihm erklären, was er hat. Die vielen unauffälligen Befunden legen nahe, daß möglicherweise psychische Faktoren eine Rolle spielen. Mit dieser Sichtweise ist der Patient meist nicht zufrieden, denn schließlich hat er doch offensichtliche körperliche Beschwerden, die er sich nicht einbildet. Häufig gehen sie auch einher mit einer starken Beeinträchtigung im Beruf, in der Familie und der Freizeit. Teilweise sind die Patienten auf-



grund ihrer starken körperlichen Beschwerden nicht mehr in der Lage, einer Arbeit nachzugehen und das Privat- und Familienleben wird stark dadurch bestimmt, zu welchen Aktivitäten der Patient sich noch in der Lage fühlt.

Die oben geschilderten Patienten leiden unter somatoformen Störungen. Die größte Untergruppe dieser in verschiedenen Erscheinungsformen (Somatisierungs-, Konversions- und Schmerz-, körperdysmorphe Störung und Hypochondrie) auftretenden Störung stellt die undifferenzierte somatoforme Störung. Während die Klassifikationssysteme diesen Begriff sehr weit fassen (1 körperliches Symptom kann schon zur Diagnosestellung ausreichen), soll im vorliegenden Beitrag von Somatisierungssyndrom gesprochen werden, wenn multiple Beschwerden vorliegen, ohne dass die Kriterien für Somatisierungsstörung erfüllt sind. Die Prävalenzrate für das Somatisierungssyndrom liegt bei 4,4 % und höher (Escobar, Rubio-Stipeç, Canino & Karno, 1989; Angaben für den westlichen Kulturkreis) und es stellt somit eine der häufigsten psychischen Störungen dar. Der Anteil von Patienten mit undifferenzierten somatoformen Störungen im Gesundheitswesen liegt dementsprechend höher. So fanden Kirmayer und Robbins (1991) bei Patienten eines Allgemeinkrankenhauses einen Anteil von 17 % mit eindeutigen Hinweisen für das Vorliegen einer undifferenzierten somatoformen Störung. Für neurologische Abteilungen kann sogar eine Auftretenshäufigkeit von ca. 40 % angenommen werden (Ewald, Rogne, Ewald & Fink, 1994). Auch für Allgemeinarztpraxen im deutschsprachigen Raum finden sich hohe Raten für Personen mit funktionellen körperlichen Beschwerden (Weiffenbach et al., 1995).

Neben der Häufigkeit der Störung und der starken Beeinträchtigung der Betroffenen ergibt sich eine weitere Relevanz aus den immensen Kosten für das Gesundheitssystem. Durch medizinische Untersuchungen, umfangreiche teils invasive Diagnostik und sogar stationäre Klinikaufenthalte zur Abklärung bzw. für nicht immer eindeutig indizierte operative Eingriffe steigern sich die Krankheitskosten für Patienten mit Somatisierungsstörung.

Die folgende Fallbeschreibung kann als typisch für das Beschwerdebild einer somatoformen Störung angesehen werden. Es handelt sich um ein Somatisierungssyndrom, das den Patienten sehr stark beeinträchtigt.

### *Biographische Angaben*

Herr F. ist 40 Jahre alt und wuchs gemeinsam mit seinem jüngeren Bruder in einer Kleinstadt auf. Die Erinnerung an die Zeit, in der er aufwuchs, ist blaß und im Nachhinein bezeichnet er das Familienleben als harmonisch.

Beide Eltern verstarben verhältnismäßig jung an schweren Erkrankungen. Die Mutter im Alter von 49 Jahren an Krebs, der Vater mit 59 an den Folgen eines Herzleidens.

Herr F. absolvierte die Mittlere Reife und erlernte den Beruf des Sozialversicherungsfachangestellten. Seit seiner Ausbildung ist er bei einer großen Krankenversicherung angestellt, vor 3 Jahren ließ er sich in den Außendienst versetzen. Mit seiner Arbeitssituation ist er zufrieden. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder im Grundschulalter. Die Ehe wird von ihm als eher glücklich eingestuft, er lebt mit seiner Familie und einer Tante im eigenen Haus, an dem er erst im letzten Jahr einen umfangreichen Umbau abschloß. Da seine Tante mit im Haushalt wohnt, kommt es zwischen ihr und seiner Frau häufiger zu kleineren Streitereien.

Mit seinen beiden Kindern kommt er sehr gut aus, leider ließ ihm seine Berufstätigkeit zu wenig Raum, sich mit ihnen zu beschäftigen. Er würde gern mehr mit ihnen unternehmen, sie in sportlichen und schulischen Leistungen fördern und unterstützen. Von seiner Tochter (9 Jahre) sagt er, daß sie in eine schwierige Phase kommt und sich nicht mehr alles von ihm sagen lassen will.

Neben der Familie gehörten regelmäßiger Sport (joggen, radfahren, schwimmen), Arbeiten an Haus und Garten sowie Engagement im Elternbeirat, bei einer politischen Partei sowie in der Kirchengemeinde zu seinen Freizeitaktivitäten.

## 1 Beschreibung der Störung

Herr F. kommt auf Anraten seiner Neurologin zur Therapie. Er kann zwar nicht so richtig glauben, daß seine Symptome eine seelische Ursache haben, er würde aber alles versuchen, was ihm helfen könne. Seit einem grippalen Infekt vor einem dreiviertel Jahr sind die Grippe-symptome nicht vollständig abgeklungen. Er ist seither krankgeschrieben, immer sehr müde, leicht erschöpfbar, ihm wird häufig schwindlig und er leidet unter häufigem Druckgefühl im Kopf, das sich vom Hals aus ausbreitet sowie Gliederschmerzen. Vor allem wenn er sich hinlegt, beginnen Beine und Arme zu schmerzen, erst kribbelnd, dann nach einiger Zeit tut es richtig weh. Er kann sich das nicht erklären und vermutet, daß eine bisher noch nicht erkannte körperliche Erkrankung die Ursache ist.

Die Gesundheit war Herrn F. schon immer wichtig. Er versucht regelmäßig Sport zu treiben und sich gesund zu ernähren; zu diesem Thema hat er

schon verschiedene Kurse besucht. Vor 16 Jahren ist er an der Schilddrüse und aufgrund von Nierensteinen operiert worden, zudem war er aufgrund eines Bänderrisses am Fuß zur Operation im Krankenhaus. Seit der Schilddrüsenoperation nimmt er regelmäßig ein Schilddrüsenpräparat. In den letzten Jahren geht er zudem häufig zu verschiedenen Fachärzten. Aufgrund von Kopfschmerzen, zur Blutdruck-, Herz-, Augen-, Nieren- und Schilddrüsenkontrolle, wegen Ohrensausen, grippalen Infekten, Heiserkeit, Gliederschmerzen konsultierte er im Vorjahr ca. 40 mal verschiedene Ärzte (Hausarzt, Internist, Neurologin, HNO-Arzt, Orthopäden, Augenarzt). Hierbei wurden u. a. mehrere EKGs abgeleitet, es fand eine EEG- und computertomografische Untersuchung des Kopfes statt. Es wurde aber außer einer leichten Erhöhung der Blutdruck- und Cholesterinwerte nichts gefunden. Er bekam blutdrucksenkende Mittel, die er seither regelmäßig einnahm, Nebenwirkungen traten dabei nicht auf.

Da trotz verschiedenster medizinischer Diagnostik die Befunde zwar unauffällig waren, die Symptome jedoch immer wiederkehrten, wuchs die Überzeugung, an einer bisher noch nicht erkannten Erkrankung zu leiden, was zu immer weiteren Arztkonsultationen führte, da er annahm, daß die Ursache vielleicht in einem anderen Bereich liegen könnte. Anfänglich beruhigten ihn die unauffälligen Befunde noch, aber in der Zwischenzeit ist sein Vertrauen in die Ärzte gesunken und die Beruhigung hält nur noch kurz an. Sie wird schon bald nach dem Arztbesuch von den wiederkehrenden Symptomen und der Sorge um die Gesundheit abgelöst. Mittlerweile sagt er, sehne er sich fast nach einem medizinischen Befund, der endlich seine Symptome erklären könnte. Seit der Grippe ist er krankgeschrieben und fühlt sich nicht mehr in der Lage zur Arbeit zu gehen. Schwereren Arbeiten im Haus und Garten geht er aus dem Weg, da er Angst hat sich zu überlasten. Wenn er dann doch einmal versucht, eine Arbeit zu erledigen, dann ist er schnell erschöpft und beendet sie vorzeitig. Inzwischen passiert ihm das schon bei leichteren Aufgaben. Er ruht sich häufig aus und schont seine Kräfte. In Ruhephasen nehmen die Symptome jedoch nicht immer wie gewünscht ab, sie werden im Gegenteil teilweise eher schlimmer, was bei ihm die Sorge um seine Gesundheit und die Abnahme seiner Leistungsfähigkeit verstärkt. Vor Beginn der Beschwerden fing er an, sich im Elternbeirat zu engagieren, kann dieser Aufgabe aber aufgrund der schnellen Erschöpfbarkeit nicht mehr nachkommen.

Wenn man die Beschwerden des Patienten den einzelnen Ebenen zuordnet (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996), so ergibt sich folgendes Bild:

### *Verhaltensebene*

Der Patient beschäftigt sich sehr intensiv mit körperlichen Symptomen und sucht nach einer Erklärung für ihr Auftreten. Dazu konsultiert er häufig Ärzte („doctor shopping“), um Beruhigung und Gewißheit über seinen Gesundheitszustand zu erhalten. Er vermeidet körperliche Anstrengung weitgehend, schont sich und vernachlässigt begonnene soziale Verpflichtungen, zieht sich zunehmend sozial zurück, gibt sportliche Aktivität und Hobbies auf.

### *Gedankliche Ebene*

Körperliche Erscheinungen werden fehlerhaft interpretiert und eine starke Sorge um die Gesundheit und das Nachlassen der körperlichen Leistungsfähigkeit herrschen vor. Gedanken wie „ich leide an einer bisher noch nicht festgestellten Krankheit . . .“, „ich bin nicht mehr so leistungsfähig wie früher . . .“, „ich bin krank und muß mich schonen“, „nur wenn ich symptomfrei bin, bin ich gesund“ tragen mit zur weiteren Beunruhigung bei. Er horcht häufig in seinen Körper hinein und richtet seine Aufmerksamkeit v. a. auf alle Mißempfindungen.

### *Körperlich-physiologische Ebene*

Herr F. leidet unter einer Reihe körperlicher Beschwerden. Im Vordergrund stehen Müdigkeit, Schwindel, Schmerzen in den Extremitäten und Kopfschmerzen, die teils auch in Ruhesituationen nicht nachlassen. Er ist durch ihr wiederholtes Auftreten stark beunruhigt und wirkt angespannt. Weitere körperliche Komponenten können zum Teil beobachtet oder angenommen werden (muskuläre Verspannungen z. B. im Frontalis-Bereich am Kopf, veränderte Atmungstiefe, u. a.).

Diese Verhaltensweisen und Symptome lassen sich diagnostisch als undifferenzierte somatoforme Störung (DSM-IV 300.81) einordnen. Ebenso sind die spezifischen Kriterien für die Somatisierungsstörung erfüllt. Psychologische Intervention erschien dringend notwendig, da der Patient durch die Symptomatik in seinen beruflichen und familiären Aktivitäten massiv beeinträchtigt wird.

## 2 Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch mußte unbedingt die Abgrenzung gegenüber dem Vorliegen einer tatsächlichen körperlichen Erkrankung erfolgen. Nach Routinediagnostik, einer Langzeit-Blutdruckmessung und Durchsicht der Vorbefunde ergab sich kein Hinweis auf eine organische Bedingung der Symptome. Somit sind bei Herrn F. die Kriterien für eine undifferenzierte somatoforme Störung (DSM-IV: 300.81) klar erfüllt:

- Der Patient leidet unter mehreren körperlichen Beschwerden (Müdigkeit, Schwindel, Schmerzen in den Extremitäten, Kopfschmerzen)
- Nach umfangreichen Untersuchungen können die Symptome nicht vollständig durch einen bekannten medizinischen Krankheitsfaktor oder durch die Wirkung von Substanzen erklärt werden.
- Die Symptome schränken Herrn F. klinisch bedeutsam ein: er ist seiner Berufstätigkeit seit einem Dreiviertel Jahr nicht nachgegangen, er übernimmt nur noch leichtere Hausarbeiten, ermüdet schnell und gab soziale Verpflichtungen auf.
- Die Störung dauert inzwischen länger als sechs Monate.
- Es gibt keinen Hinweis für das Vorliegen einer anderen psychischen Störung.
- Ein Motiv für eine vorgetäuschte Störung ist nicht erkennbar.

Aufgrund der begrenzten Anzahl der berichteten Symptomen und des Beginns nach dem 30. Lebensjahr kann die Diagnose Somatisierungsstörung nicht gestellt werden. Da neben Schmerzsymptomen noch weitere Beschwerden geschildert werden und Schmerzen nicht im Mittelpunkt stehen, besteht keine Schmerzstörung.

Eine Panikstörung liegt nicht vor, da die somatischen Beschwerden auch außerhalb umgrenzter Panikattacken auftreten und es sich außer beim geschilderten Kribbelgefühl in Armen und Beinen nicht um typische Paniksymptome handelt.

Die körperlichen Symptome gehen zwar einher mit starken Gesundheitsängsten, diese lassen sich aber gut von einer Hypochondrie abgrenzen. Herr F. hält nicht an einer festen Krankheitsüberzeugung fest und schildert im Gegensatz zur Hypochondrie eher wechselnde Symptome, die er nicht eindeutig einer Erkrankung zuordnen kann. Vorherrschend ist weniger die Angst vor einer fatal verlaufenden Krankheit, sondern eher das Gefühl der Unsicherheit und die fehlende Gewißheit, gesund zu sein. Weiterhin wird eine aktive Auseinandersetzung mit Krankheitsinformationen sogar vermieden (u. a. ab- bzw. umschalten bei medizinischen Sendungen im Fern-

sehen). Auch bleiben die Ängste auf den Bereich körperliche Beschwerden begrenzt, was eine Generalisierte Angststörung ausschließt.

Im Verlauf der Störung fand insgesamt eine Verschlechterung der Stimmung statt, die als Reaktion auf die durch die Störung entstandenen Einschränkungen und den entsprechenden Verstärkerverlust angesehen werden kann. Zur Diagnose einer depressiven Störung liegen nicht genügend entsprechende Symptome vor. Weiterhin lassen sich die geschilderten körperlichen Beschwerden nicht besser unter einer Depression einordnen, da sie unabhängig von aktuellen Stimmungen auftreten.

Nach ICD-10 lassen sich die Beschwerden nicht eindeutig einer einzigen Diagnose zuordnen. Zwar wird auch in ICD-10 die undifferenzierte Somatoforme Störung genannt, jedoch auch eine sogenannte „Somatoforme autonome Funktionsstörung“ wird aufgeführt sowie die „Neurasthenie“. Leider ermöglicht ICD-10 keine genaue Abgrenzung dieser Diagnosen, so daß im Zweifelsfall das amerikanische System vorzuziehen ist (Rief & Hiller, 1998).

## Psychodiagnostik

Es wurde ein „Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen“ (DIPS; Margraf, Schneider, Ehlers, DiNardo & Barlow, 1991) durchgeführt. Anhand des DIPS wurde die Diagnose undifferenzierte somatoforme Störung bestätigt, weitere Kriterien für eine andere Störung wurden nicht erfüllt. Außerdem wurden eine Reihe standardisierter Fragebögen zur weiteren Befunderhebung und allgemeinen Übersicht („Screening“) vorgegeben. Zusätzlich sollte der Patient ein Symptomtagebuch führen. Anhand dieser Selbstaufzeichnungen sollten situationale Auslöser, Verhaltensmerkmale und Konsequenzen bei auftretenden Beschwerden festgehalten werden. Hier einige Auszüge:

„Ich gehe mit einem Bekannten zum joggen [Anm.: war therapeutisch verordnet, um das Schonverhalten abzubauen]. Hatte keine Probleme während des Laufens. Als ich schneller wollte, weil mein Bekannter etwas voraus war, kam sofort wieder Kopfdruck. Als ich nach dem Joggen die Treppe hochging, waren meine Beine schwer wie Blei. Weiter starker Kopfdruck bzw. eine Art Schwindel. Fülle Fragebögen aus, plötzlich starker Kopfdruck. Muß mich hinlegen. Wenn ich liege o. k., will ich aufstehen, wieder starker Kopfdruck ...“

„Schmerzen in Armen und Beinen während einer Gruppenbesprechung. Plötzliche Schmerzen in der Herzgegend nach einer Frage an mich (war das die richtige Antwort?). Bei weiteren Fragen Verspannungen und Schmerzen in den Oberschenkeln. Die Schmerzen haben angehalten, bis ich wieder auf meinem Zimmer war.“

Im SOMS (Rief, Hiller & Heuser, 1997)) gab Herr F. als Beschwerden in den vergangenen zwei Jahren Kopf- und Gesichts-, Rückenschmerzen, Schmerzen in Armen und Beinen, Schweißausbrüche, außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung, Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen, Lähmung oder Muskelschwäche, Flüsterstimme oder Stimmverlust an. Er schätzt die angegebene Beschwerden als „stark das Wohlbefinden und das Alltagsleben beeinträchtigend“ ein.

In der SCL-90-R (Franke, 1995) ist nur der Wert für die Beschwerdegruppe Somatisierung deutlich erhöht (1,8), alle anderen Beschwerdegruppen liegen im unauffälligen Bereich. Im FPI-R (Fahrenberg, Hampel & Selg, 1989) beschreibt er sich als sozial orientiert, gehemmt, erregbar und introvertiert.

Interview und Fragebogenbefunde bestätigen also das klinische Bild einer undifferenzierten somatoformen Störung. Es liegen keine weiteren Störungen vor.

### 3 Erklärungsansätze

#### Genetische und psychobiologische Faktoren

Über den Einfluß genetischer Faktoren in der Ätiologie somatoformer Störungen ist wenig bekannt (Übersicht bei Guze, 1993). In der Familie unseres Patienten lagen keine psychischen Erkrankungen vor, somit können wir davon ausgehen, daß Herr F. diesbezüglich kaum vorbelastet ist.

Auch wenn für die Diagnose somatoforme Störung eine organische Verursachung weitgehend ausgeschlossen ist, so können doch pathophysiologische Prozesse eine Rolle bei ihrer Entstehung- und Aufrechterhaltung spielen. Bei Patienten mit somatoformen Störungen konnten Abweichungen in der Cortisolausschüttung festgestellt werden (Rief, Shaw & Fichter, 1998). Auch bei Herrn F. fanden sich in der Messung des morgendlichen Cortisolspiegels erhöhte Werte. Der Cortisolspiegel wirkt sich offenbar auf die Wahrnehmungsschwelle verschiedener Sinnesorgane aus (Fehm-Wolfsdorf, 1994), so daß möglicherweise ein Zusammenhang zwischen dem Cortisolspiegel bei Personen mit somatoformen Störungen und der Wahrnehmung körperlicher Symptome besteht.

Weiterhin kann eine erhöhte psychophysiologische Reaktionsbereitschaft eine Rolle bei der Entstehung somatoformer Störungen spielen. Bei Herrn F. wurden bei der Messung entsprechender Parameter eine erhöhte Aktivi-

tät der Nackenmuskulatur (EMG) und eine höhere kardiovaskuläre Aktivität im Ruhezustand festgestellt.

## Sozialisation und Lernerfahrung in der Familie

Untersuchungen zur familiären Häufung von somatoformen Störungen konnten in den meisten Fällen die Annahme bestätigen, daß betroffene Patienten häufig mit Familienmitgliedern zusammengelebt haben, die ebenfalls an körperlichen Beschwerden litten (Cloninger, Martin, Guze & Clayton, 1986). Da eine genetische Komponente wenig abgesichert ist, können entsprechende Lernerfahrungen als Risikofaktoren eine Rolle spielen. Es müssen früh Erfahrungen mit der Krankenrolle gewonnen werden, bei denen vermutlich auch operante Verstärkungsprozesse eine Rolle spielen. So berichten Personen mit somatoformen Symptomen vermehrt von Krankheiten von Angehörigen in der Kindheit (Craig, Boardman, Mills, Daly-Jones & Drake, 1993).

Durch die Eltern hat Herr F. schon früh die Wichtigkeit von Gesundheit und voller Leistungsfähigkeit vermittelt bekommen. Die Familie des Patienten war weitgehend gesund, nur beim Vater war schon längere Zeit vor seinem Tod ein Herzleiden bekannt. Krankheitssymptome wurden deswegen schon immer sehr ernst genommen. Durch seine Erkrankung war der Vater darauf angewiesen, körperliche Veränderungen zu beobachten und gleich entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Er wurde vom Hausarzt mehrfach dazu aufgefordert, kürzer zu treten und zu große Anstrengungen zu vermeiden. Er ruhte sich häufig aus, versuchte sich zu schonen. Er bot somit ein Modell für Krankheitsverhalten.

Die Mutter war nie ernsthaft krank gewesen und immer körperlich voll leistungsfähig. Die erste Erkrankung, die bei ihr festgestellt wurde, war das Krebsleiden, an dem sie auch im Alter von 49 Jahren verstarb. Ihren Tod kommentierte der Patient mit „Sie hätte eher und besser auf sich achten sollen.“

## Traumatische Erfahrungen und kritische Lebensereignisse

Sexuelle Übergriffe, Gewalterfahrung sowie kritische Lebensereignisse sind potentielle Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen. Dies gilt natürlich auch speziell für somatoforme Störungen (Rief, 1996).



Bei Herrn F. finden sich keine eindeutigen Hinweise auf das Vorliegen derartiger Erfahrungen. Als außergewöhnliche Belastungen vor Beginn der Störung gibt Herr F. erst einmal nur Ereignisse an, die er positiv bewertet. Wenige Monate zuvor hatte er einen langjährigen Umbau seines Wohnhauses abgeschlossen. Beruflich gab er an, stark eingebunden gewesen zu sein. Die Versetzung in den Außendienst sei zwar anstrengend, aber von ihm gewünscht gewesen und steigerte seine berufliche Zufriedenheit. Er hätte noch eine Zusatzqualifikation erwerben können, die ihn zur Mitarbeiterfortbildung ermächtigte. Alle Mitarbeiter seiner Abteilung hatten diese Prüfung schon bestanden und es wäre ihm sehr peinlich gewesen, durchzufallen. Da er sich nicht voll leistungsfähig fühlte, ist er zur Prüfung nicht angetreten.

Als belastend empfundene Ereignisse schildert er eine ernsthafte Erkrankung seines Sohnes (Hirnhautentzündung), um den er sich sehr gesorgt hat. Auch die chronische Konfliktsituation zwischen seiner Frau und der mit im Haushalt lebenden Tante und daß seine Tochter anfängt, ihn in seiner Autorität nicht mehr so ernst zu nehmen, machen ihm etwas zu schaffen.

### Verhaltenskomponenten und Verstärkung von Krankheitsverhalten

Auf die Annahme, krank zu sein, reagieren die meisten Menschen mit Gesundheits- bzw. Schonverhalten und dem Besuch des Arztes. Diese Verhaltensmuster übernehmen bei somatoformen Störungen eine verstärkende und somit aufrechterhaltende Funktion, da sie mit positiven Konsequenzen verbunden sind.

So bestätigten auch bei Herrn F. verschiedene Ärzte immer wieder, daß er nicht krank ist. Das beruhigte ihn und ging auch erst einmal mit einer Symptomreduktion einher. Die Unsicherheit und Sorge im Zusammenhang mit dem Auftreten körperlicher Symptome nahm also nach jedem Arztbesuch ab, stieg aber bei erneuten Beschwerden wieder an. Die Zuwendung durch die Ärzte, das Teilen und Ernstnehmen seiner Sorge, die kurzfristige Beruhigung und das Nachlassen der Symptome verstärken entsprechendes Krankheitsverhalten und führen zu weiteren Arztkonsultationen.

Weiterhin versucht der Patient durch Ruhe und Anstrengungsvermeidung sein Unbehagen zu reduzieren, was ihm streckenweise gelang. Ließen die Symptome in Ruhephasen jedoch nicht nach, beobachtete er sie sehr genau und seine Sorge um seine Gesundheit nahm zu. Größere Anstrengungen vermied er gezielt, und er treibt inzwischen wesentlich weniger Sport als

früher, obwohl er seit seiner Krankschreibung viel mehr Zeit dazu hätte. Das kann als Schonverhalten angesehen werden, was zu einer tatsächlichen Abnahme seiner körperlichen Leistungsfähigkeit führt und in Zusammenhang mit entsprechenden Bewertungsprozessen einen typischen Symptomkreislauf bildet.

Er hat sich auch sonst von den meisten sozialen Verpflichtungen befreit, geht nicht arbeiten, hat sein politisches Engagement in einer politischen Partei und im Elternbeirat aufgegeben. Er widmet sich nun mehr seiner Familie, was ihm bei den Kindern sehr wichtig ist, da sie jetzt beide in der Schule sind und er gute Leistungen fördern möchte.

## Einstellungen und Bewertungsprozesse

Dysfunktionale Schemata und spezifische Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit spielen eine wichtige Rolle bei der Fehlinterpretation körperlicher Symptome. Entsprechende Bewertungsprozesse können sich in Zusammenhang mit selektiver Aufmerksamkeit (s. u.) gegenseitig aufschaukeln.

Desweiteren haben Personen mit somatoformen Störungen im Vergleich zu Kontrollpersonen einen enger definierten Gesundheitsbegriff (Barsky, Coeytaux, Sarnie & Cleary, 1993), so daß Gesundheit gleichbedeutend ist mit weitgehender Symptommfreiheit und mehrdeutige Körpersignale schneller als Zeichen einer Krankheit interpretiert werden. Eine Grundüberzeugung unseres Patienten ist, daß nur das Fehlen jeglicher körperlicher Symptome mit Gesundheit gleichzusetzen ist. Das macht ihn natürlich gegenüber Mißempfindungen besonders wachsam und diese werden entsprechend überbewertet. Im Fragebogen zu Körper und Gesundheit FKG (Hiller et al., 1997) stimmt er u. a. den Aussagen zu: „Wenn an meinen körperlichen Empfindungen etwas nicht stimmt, beunruhigt mich das sofort“, „Entweder ich oder mein Arzt müssen in der Lage sein, für alle körperlichen Beschwerden eine Erklärung zu finden“ und „Ich bin nicht so gesund wie die meisten meiner Bekannten“. Er hat im Fragebogen erhöhte Werte auf den Skalen „Katastrophisierende Bewertungen körperlicher Empfindungen“, „Intoleranz gegenüber körperlichen Beschwerden“ und „Körperliche Schwäche“, was dem Bild eines typischen Somatisierungspatienten entspricht.

Zudem erwartet er von sich eine volle Leistungsfähigkeit. Hinweise, nicht mehr so belastbar wie früher zu sein, führen zu vermehrter Sorge um seine Gesundheit. Damit verbunden sind auch Ängste, zu versagen, im Beruf

nicht mehr seinen „Mann“ zu stehen und eine Familie nicht mehr versorgen zu können.

### Selektive Aufmerksamkeit

Eine Voraussetzung für das Auftreten und die Schilderung körperlicher Symptome ist deren Wahrnehmung. Ein Risikofaktor dafür, entsprechende Beschwerden vermehrt wahrzunehmen, sind selektive Aufmerksamkeitsprozesse. Nach einem Modell von Pennebaker (1982) hängt die Wahrnehmung interner Reize vom Verhältnis der Intensität der internen zu externen Reizen ab. Ist die Intensität externer Signale sehr gering bzw. die Intensität interner Signale sehr hoch, so verstärkt sich die subjektive Intensität körperlicher Empfindungen. Die verstärkte Wahrnehmung der körpereigenen Signale führt in Zusammenhang mit einer Neigung zur Fehlinterpretation und dysfunktionaler Bewertungsprozesse zu einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, sie als „nicht normal“ zu bewerten.

Auch Herr F. nimmt jegliche Veränderung an seinem Körper sehr genau wahr und vergleicht seine Belastbarkeit ständig mit einem idealen Zustand völliger Leistungsfähigkeit. Körperliche Mißempfindungen werden mit größerer Wahrscheinlichkeit entdeckt und schaukeln sich mit entsprechenden Bewertungsprozessen auf. In Ruhesituationen, Phasen, in denen eine erhöhte Selbstbeobachtung stattfinden kann, schildert er oft eine Symptomzunahme, was auf selektive Aufmerksamkeitsprozesse schließen läßt.

Bei genauerer Betrachtung des Symptomverlaufs ließ sich zudem feststellen, daß in Situationen, in denen er seine Aufmerksamkeit ganz anderen Dingen widmet bzw. stark abgelenkt war, die Beschwerden häufig nachließen.

### Alexithymie und weitere Persönlichkeitsfaktoren als mögliche Risikobedingungen

Personen mit somatoformen Störungen haben erhöhte Neurotizismus- und Introversionswerte in Persönlichkeitsfragebögen (Rief & Hiller, 1992). Auch bei Herrn F. findet sich ein erhöhter Introversionswert im FPI-R (Fahrenberg et al., 1989). Weiterhin schildert er Defizite im Ausdruck von Emotionen und er geht meist pragmatisch und rational an Probleme heran, was dem Alexithymie-Konzept entsprechen würde. In seinem Umfeld wird wenig über Emotionen, Probleme und Konflikte gesprochen.

Als Hinweis dafür, daß solche und ähnliche psychologische Merkmale eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung seiner Störung spielen, finden wir, daß trotz der großen Skepsis gegenüber einem psychologischen Ansatz bei ersten problemorientierten Therapiegesprächen eine starke Erleichterung berichtet wird.

### Integration verschiedener Risikobedingungen zu einem Gesamtmodell

Wenn man die Risikobedingungen für Herrn F. zusammenfaßt, so finden sich viele Parallelen zu dem Gesamtmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen (Rief, 1998).

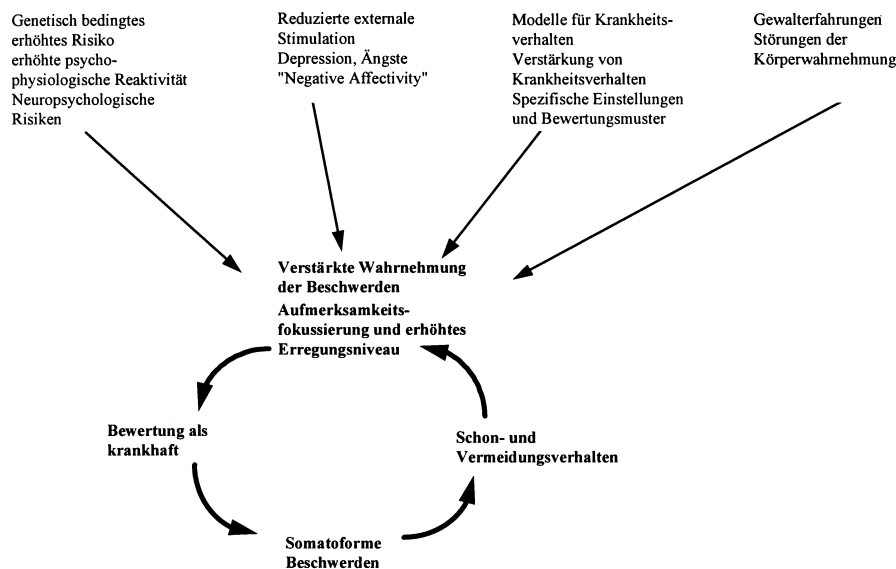


Abbildung 1: Ein Risikomodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung

In seiner Jugend bekam Herr F. durch seinen Vater ein Modell für Somatisierungsverhalten. Damit verbunden entwickelte er Einstellungen zur Wichtigkeit körperlicher Gesundheit v. a. mit dem Ausbleiben von Beschwerden als Zeichen für richtiges Funktionieren seines Körpers.

Als auslösende Bedingungen kann eine langjährige Doppelbelastung durch die Arbeit und den Umbau des Hauses angesehen werden. Herr F. arbeitete viel, ohne sich zu schonen. Erst an einem Punkt, an dem mehr

Ruhe in sein Leben eintrat, begann er auf sich zu achten und stellte dabei körperliche Mißempfindungen fest, die er nicht einzuordnen wußte, da sie sich nun auch nicht mehr auf größere Anstrengungen zurückführen ließen. Zur Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Störung trägt dieser Kreislauf aus verstärkter Wahrnehmung der Beschwerden in Verbindung mit katastrophisierenden Bewertungen bezüglich körperlicher Mißempfindungen, Erhöhung von Schon- und Vermeidungsverhalten und die Steigerung der Aufmerksamkeitsfokussierung auf Veränderungen bei körperlichen Prozessen bei. Weiterhin läßt sich beim Patienten ein erhöhtes Erregungsniveau feststellen, was noch zur Potenzierung oben genannter Prozesse führt, da die Wahrscheinlichkeit des Auftretens entsprechender Mißempfindungen steigt. Das als unangenehm empfundene erhöhte Erregungsniveau wird durch wiederholte Arztkonsultationen i. S. einer Angstreduktion immer wieder kurzfristig gesenkt, was verstärkend wirkt.

Inwieweit eine reduzierte externale Stimulation sowie eine erhöhte psychophysiologische Reaktivität zur Auslösung der Störung beitrugen, läßt sich im Nachhinein nicht mehr eindeutig entscheiden. Bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik spielen sie auf alle Fälle eine wesentliche Rolle. Zudem wird sein Krankheitsverhalten durch den Wegfall von Verpflichtungen wie Arbeit, häusliche Aufgaben etc. verstärkt. In der ihm dadurch zur Verfügung stehenden Zeit kann er sich mehr Ruhe gönnen und sich seinen Kindern widmen.

## 4 Interventionsprinzipien

Aus Sicht des Patienten mit einer somatoformen Störung stehen körperliche Beschwerden im Mittelpunkt. Diese Tatsache muß in einer Psychotherapie besondere Berücksichtigung finden. Worauf man bei der Behandlung bei Patienten mit derartigen Störungsbildern besonders zu achten ist und wie man vorgehen kann, ist anhand eines Leitfadens bei Rief & Hiller (1998) ausführlich beschrieben. An diesem Vorgehen orientierten sich auch die therapeutischen Interventionen bei Herrn F.

Wie die meisten Patienten mit somatoformen Beschwerden stand er einem psychotherapeutischen Zugang sehr skeptisch gegenüber. Aufgrund seines hohen Leidensdrucks brachte er zwar eine gewisse Offenheit mit, es mußte aber auch viel Überzeugungs- und Motivationsarbeit geleistet werden.

In der ersten Phase der Behandlung bekam Herr F. viel Raum, seine bisherigen Beschwerden und Behandlungsversuche ausführlich zu schildern.

Dabei wurden seine Beschwerden sehr ernst genommen und die Glaubhaftigkeit seiner Symptome wiederholt bestätigt, um bei ihm nicht den Eindruck zu vermitteln, daß er nur deshalb psychologisch behandelt wird, da „er sich das alles nur einbildet“. Unter Berücksichtigung seines organmedizinischen Krankheitsmodells wurden seine bisherigen Bewältigungsversuche nicht als falsch, sondern als durchaus nachvollziehbar akzeptiert. Um noch genauere Informationen über das Auftreten der Symptome zu erhalten, wurde Herr F. gebeten, ein vorstrukturiertes Symptomtagebuch zu führen.

Zu Beginn der Therapie wurden in Absprache mit dem behandelnden Arzt die notwendigen medizinischen Untersuchungen abgeschlossen. Die organmedizinischen Befunde wurden dem Patienten mitgeteilt und es wurde erläutert, daß aus unserer Sicht keine weiteren Untersuchungen notwendig waren. Für die weitere Inanspruchnahme medizinischer Hilfe wurde vereinbart, daß er den Arzt zu vorgegebenen Sprechzeiten kontaktieren solle, außerhalb dieser Sprechzeiten jedoch versuchen soll, allein zurecht zu kommen. Bei der Behandlung somatoformer Störungen ist es oftmals hilfreich, während der fortgeschrittenen Psychotherapiephase möglichst keine organmedizinischen Interventionen mehr stattfinden zu lassen, da sie in der Regel das somatische Krankheitsmodell verstärken. Es wurden weiterhin Therapieziele erarbeitet, die nicht das völlige Verschwinden der Symptome, sondern ihren Rückgang, eine Steigerung des körperlichen Wohlbefindens und eine Steigerung der Lebensqualität beinhalteten. Auch war ein Unterziel, daß neben einem organmedizinischen Ursachenmodell weitere Erklärungsmöglichkeiten und Einflußbedingungen auf die Beschwerden gefunden werden sollen. Aufgrund großer Aussicht auf Erfolg einer verhaltensmedizinischen Behandlung und da keine zusätzlichen Beschwerden vorlagen, wurde auf eine Pharmakotherapie verzichtet.

In ersten symptomorientierten Therapieschritten anhand der Symptomtagebücher ließen sich positive und negative Einflußfaktoren auf die Symptomatik identifizieren. Es wurden Einflußmöglichkeiten abgeleitet, mit deren Hilfe der Patient zumindest eine teilweise Reduzierung der Beschwerden erreichen konnte. Er stellte für sich fest, daß problemorientierte Gespräche nicht – wie er annahm – mit einer Verschlechterung seines Wohlbefindens einhergingen, sondern zu einer gewissen Erleichterung führten und daß ihm Entspannungsübungen sehr gut taten.

Weiterhin wurde anhand von Verhaltensexperimenten versucht, eine Verbindung von psychischen mit körperlichen Prozessen zu verdeutlichen. Der Patient sollte sich z. B. sehr intensiv vorstellen, wie er in eine Zitronenscheibe beißt und dabei körperliche Veränderungen beobachten. Er stellte fest, daß sich allein bei dieser Vorstellung Speichel in seinem Mund

sammelte, was verdeutlichte, daß auch über Vorstellungen Körperreaktionen erzeugbar sind. An diesem Beispiel wurde veranschaulicht, wie unter Umständen allein die Vorstellungen über bestimmte Krankheiten dazu beitragen können, daß genau die befürchteten Veränderungen im Körper zu verzeichnen sind. Weiterhin wurden psychosomatische Zusammenhänge mit Hilfe von Biofeedbacksitzungen erläutert. Der Patient konnte dabei beobachten, wie schon kleinere Stressoren (Kopfrechenaufgaben) körperliche Prozesse verändern. Parallel wurde die Rolle von Aufmerksamkeits- und Bewertungsprozessen veranschaulicht und daraus der Kreislauf zwischen Symptomwahrnehmung, der Symptombewertung als bedrohlich, nachfolgendem Schonverhalten und damit eine Reduktion körperlicher Belastbarkeit sowie erneut verstärkter Symptomwahrnehmung erarbeitet. Ergänzt durch die Entstehungsbedingungen (Lernerfahrung des Patienten, erhöhte physiologische Reaktivität, spezifische Bewertungsprozesse) erhielten wir ein Modell zur Erklärung der Störung (siehe 3.8), anhand dessen wir spezifische Interventionsstrategien ableiten konnten. Der Patient leitete für sich aus dem Modell ab, daß eine Steigerung seiner körperlichen Leistungsfähigkeit den Kreislauf unterbrechen könne. Prinzipiell wurde ihm bestätigt, daß er damit recht habe, daß er aber zu Beginn eines entsprechenden Aufbautrainings erst einmal mit einem Symptomanstieg rechnen müsse, er langfristig jedoch damit eine Verbesserung erreichen könne.

Als ein weiteres Element aus dem Störungsmodell wurden die Bewertungsprozesse herausgegriffen. Es wurde versucht, sie zu modifizieren, indem alternative Erklärungen für das Auftreten der Symptome entwickelt wurden und Argumente für und wider die neu entwickelten Erklärungen bzw. die bisherigen abgewogen wurden. Neben den symptomspezifischen Interventionen waren allgemeinere Interventionen zur Steigerung der Lebensqualität notwendig. Dazu wurden Kommunikationsübungen durchgeführt und der Ausdruck emotionaler Inhalte gefördert.

Im Verlauf der Therapie war Herr F. in der Lage, nahezu selbständig seine körperliche Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Er begann wieder zu joggen und ging schwimmen. Das Auftreten der Symptome wurde weniger, ihre Bedrohlichkeit nahm durch die angebotenen alternativen Erklärungen ab und sein allgemeines Erregungsniveau sank. Dies wurde weiterhin durch ein gezieltes Entspannungstraining unterstützt.

Um den Prozess der verzerrten Wahrnehmung von Körpersymptomen weiter zu normalisieren, wurde Herr F. entsprechend der Expositionslogik angehalten, sich möglichst viel körperlichen Mißempfindungen auszusetzen. Dies lief der früheren Strategie des Patienten entgegen, wo er versuchte, körperliche Mißempfindungen zu vermeiden. Dennoch konnte Herr F. hierzu motiviert werden und er stellte sich Mißempfindungen wie Muskel-

kater, Atemnot beim Treppensteigen, Schwindel durch Drehübungen usw. Dadurch gelang es, körperliche Mißempfindungen wieder als normales Geschehen eines gesunden Körpers einzuordnen und katastrophisierende Bewertungen von Körpermißempfindungen zu reduzieren.

In den gegen Ende der Therapie noch einmal gegebenen Fragebögen bestätigte sich der klinische Eindruck eines Symptommrückgangs. In der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) zeigte der Patient auf der Skala „Somatisierung“ einen deutlich erniedrigten Wert (0,9) und schätzte die Beschwerden insgesamt als deutlich weniger beeinträchtigend ein.

## 5 Resümee

Patienten mit somatoformen Störungen stellen eine große Gruppe im Gesundheitssystem dar. Die Störung ist häufig mit hohen Behandlungskosten und teils mit einer erheblichen Beeinträchtigung für die Betroffenen verbunden. Inzwischen konnten kontrollierte Therapiestudien zeigen, daß eine positive Beeinflussung durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien möglich ist und sich die Symptome sowie die Behandlungskosten reduzieren lassen (Rief, Hiller, Geissner & Fichter, 1995). Ein starkes Festhalten an organmedizinischen Erklärungen und eine große Skepsis gegenüber psychotherapeutischen Ansätzen machen die Behandlung schwierig und erfordern großes Einfühlungsvermögen auf Seiten des Therapeuten.

Als erstes muß eine vernünftige Abgrenzung zum Vorliegen einer tatsächlichen somatischen Erkrankung erfolgen. Eine gute Absprache mit dem behandelnden Arzt ist dabei unumgänglich. Entsprechend der vielen Faktoren, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung eine Rolle spielen, muß auch die Therapie auf mehreren Ebenen ansetzen. Insgesamt gilt für diese Krankheitsgruppe, daß zuerst eine symptomorientierte Psychotherapie durchgeführt werden sollte, bevor auf allgemein psychotherapeutische Themen ausgeweitet wird. Der Patient gibt in aller Regel den Behandlungsauftrag zuerst für die Bearbeitung der körperlichen Symptomatik.

## Literatur

- Barsky, A.J., Coeytaux, R.R., Sarnie, M.K. & Cleary, P.D. (1993). Hypochondriacal patient's beliefs' about good health. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1085–1089.
- Cloninger, C.R., Martin, R.L., Guze, S. B. & Clayton, P.J. (1986). A prospective fol-



- low-up and family study of somatization in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 143, 873–878.
- Craig, T.K.J., Boardman, A.P., Mills, K., Daly-Jones, O. & Drake, H. (1993). The south London somatisation study I: Longitudinal course and the influence of early life experience. *British Journal of Psychiatry*, 163, 579–588.
- Escobar, J.I., Rubio-Stipec, M., Canino, G. & Karno, M. (1989). Somatic symptom index (SSI): A new and abridged somatization construct. – Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 140–146.
- Ewald, H., Rogne, T., Ewald, K. & Fink, P. (1994). Somatization in patients newly admitted to a neurological department. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 174–179.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI*. 5. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Fehm-Wolfsdorf, G. (1994). *Stress und Wahrnehmung. Psychobiologie der Glucocorticoide*. Bern: Huber.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz-Test.
- Guze, S. B. (1993). Genetics of Briquet's Syndrome and somatization disorder. A review of family, adoption and twin studies. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 225–230.
- Hiller, W., Rief, W., Elefant, S., Margraf, J., Kroymann, R., Leibbrand, R. & Fichter, M.M. (1997). Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 226–234.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kirmayer, L.J. & Robbins, J.M. (1991). Three forms of somatization in primary care: Prevalence, occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 647–655.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and Hypochondrias*. New York: Praeger Publisher.
- Margraf, J., Schneider, S., Ehlers, A., DiNardo, P. & Barlow, D. (1991). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pennebaker, W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer.
- Rief, W. (1996). Die somatoformen Störungen – Großes unbekanntes Land zwischen Psychologie und Medizin. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 173–189.
- Rief, W. (1998). Somatoforme Störungen. In H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen*. 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W. & Hiller, W. (1992). *Somatoforme Störungen – Körperliche Symptome ohne organische Ursache*. Bern: Huber-Verlag.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). Somatization – Future perspectives on a common phenomenon. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 529–536.
- Rief, W., Hiller, W., Geissner, E. & Fichter, M.M. (1995). A two-year follow-up study of patients with somatoform disorders. *Psychosomatics*, 36, 376–386.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *SOMS – Das Screening für somatoforme Störungen*. Bern: Huber.

- 
- Rief, W., Shaw, R. & Fichter, M.M. (1998). Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrom. *Psychosomatic Medicine*, 60, 198–203.
- Weiffenbach, O., Gänsicke, M., Faust, G. & Maier, W. (1995). Psychische und psychosomatische Störungen in der Allgemeinarztpraxis. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 137, 528–534.

## Kapitel 12

# **„Hysterische“ Störung bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung**

Hans Georg Zapotoczky und Günter Herzog, Graz

## Einleitung

Im folgenden werden 2 Patientinnen mit ihren Krankheitsgeschichten vorgestellt; wiewohl bei beiden die gleiche Diagnose – im alten Sinn: „Hysterische Störungen“ – gestellt werden kann, liegen auf den ersten Blick doch völlig verschiedene Einzelsymptome vor, der Verlauf läßt divergierende Schwerpunkte erkennen, die Therapiemöglichkeiten liegen im Unklaren, äußere Umstände und Erlebnisse haben auf die beiden Kranken vielgestaltige Wirkungen. Und doch scheinen die Struktur der Störung, das Gesamt der Verarbeitungsmöglichkeiten im Grunde bei beiden Patientinnen die selben zu sein.

## Einführung – Vorbemerkungen

Diese Patientin wurde ausgewählt, weil sie eine besonders eindrucksvolle Symptomatik in verschiedenen Bereichen präsentiert und einen bemerkenswerten Verlauf bietet. Es finden sich Anteile der Störung, die als somatoform bezeichnet werden; auch dissoziative und histrionische Merkmale liegen vor. Außerdem ist eine Co-Morbidität im somatischen und psychischen Bereich gegeben.

### *Biographische Angaben*

45jährige Frau, Eheschließung mit 21 Jahren, Gatte technischer Angestellter, eine 25jährige Tochter, die vor 6 Jahren aus dem gemeinsamen Haus-

halt ausgezogen sei. Der Gatte sei aufgrund seines Berufes viel unterwegs, er wird von der Patientin als workaholic geschildert, den sie fast nur zum Wochenende sehe. Das Ehepaar lebt am Stadtrand in einem eigenen Häuschen. Die Patientin benützt einen eigenen PKW, um zum Arbeitsplatz zu kommen, beruflich ist sie als Kurs- und Wirtschaftsleiterin tätig. Nach der Geburt der Tochter sei sie zunächst zu Hause geblieben, seit dem 12. Lebensjahr des Kindes habe sie halbtags zu arbeiten begonnen, seit einem Jahr sei sie „fulltime“ beschäftigt. Vater Postbeamter i. R., Mutter Hausfrau. Abschluß der Schulbildung mit Matura einer Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Frauenberufe, dann Hotelsekretärin in einem anderen Bundesland Österreichs.

Die Zuweisung an den Therapeuten erfolgte persönlich von einem im Ausland tätigen Psychiater mit der Bemerkung: „Nur der kann Ihnen helfen!“ Jetzt wünscht sich die Patientin eine klare Diagnose, um dadurch die Möglichkeit zu erhalten, für sich selbst etwas zu tun.

Während der stationären Aufenthalte der Patientin an der Klinik wurden Krankengeschichten im herkömmlichen Sinn erstellt. Von der ambulanten Betreuung wurden Protokolle während und unmittelbar nach den Sitzungen abgefaßt.

## 1 Beschreibung der Störung

Seit dem 15. Lebensjahr komme es laut Frau G. – periodisch – zu Schwächeattacken und Lähmungserscheinungen im Unterbauch, einhergehend mit einem Kältegefühl in der Leistenbeuge. Bei verschiedenen ärztlichen Untersuchungen haben sich Bandscheibenschäden an der Halswirbelsäule und im Bereich der Lendenwirbelsäule (Vorfall der Bandscheiben in der Höhe von CIV, CV und CVII sowie in der Höhe von LIV, LV) ergeben. Frau G. leide unter entsprechenden Schmerzzuständen. Sie habe für sich das Krankheitskapitel abgeschlossen, wolle keine neuen Verfahren mehr – weder in der Diagnostik noch in der Therapie. Wenn sie etwas über ihre Krankheit erzählen müsse, erlebe sie dies als „Streß“. Zeitweise kämen zu den Beschwerden Zittern, Schwitzen und seelische Krisen hinzu. Dann verspüre sie einen Todeswunsch. Im Notfall helfe Bier. Hilfreich sei auch ihre berufliche Situation, die sie zu raschen Entscheidungen und Organisationsleistungen (Organisation von Kursen) herausfordere. Sie sei sehr ehrgeizig, steigere sich in ihre Arbeit hinein, wodurch sie von ihren Schmerzen und Leidenszuständen etwas abgelenkt werde. Ihr Leben sei nicht lebenswert, eigentlich habe sie nie richtig gelebt.

Im Dezember 1991 kommt es zur stationären Aufnahme der Patientin, sie erzählt folgendes: „Adynamische Krisen“ seit der Pubertät; Schwäche oft einen ganzen Sommer hindurch. Deswegen zwischendurch Schulabbruch, weil sie die Schule einfach nicht mehr schaffte. Daraus sei das Gefühl entstanden, sie habe in ihrem Leben etwas versäumt. Schwächegefühle in den Händen, die Beinmuskeln haben nicht gehorcht, sie habe deswegen auch nicht gehen können. Nachts oft schweißgebadetes Erwachen, Lähmungserscheinungen am ganzen Körper, oft habe sie nicht mehr sprechen können. Ärzte hatten von „Hypokaliämischer Alkalose“ gesprochen (es handelt sich um eine periodische Lähmung, die eher bei Männern auftritt und die Muskulatur der Extremitäten, des Respirationstraktes und den Herzmuskel befällt; sie tritt besonders nach körperlichen Anstrengungen und nach kohlehydratreicher Nahrungszufuhr auf. Eine autosomal dominante Anlage wird angenommen). Das Ergebnis einer durchgeführten Muskelbiopsie an der Neurochirurgie sei mit dieser Diagnose vereinbar. Sie nehme deswegen regelmäßig Kalioral (ein Kaliumpräparat zur Behebung von Kaliummangelzuständen) und Magnosolv (Präparat zur Behebung von Magnesiummangelzuständen, die sich in gesteigerter neuromuskulärer Erregbarkeit, in grobschlägigem Tremor, in Tics und in Adynamie äußern können). Brechen in der Nacht Krisen auf, gebe ihr ihr Mann entweder Kalioral oder der herbeigerufene Notarzt schließe eine Dauertropfinfusion mit Elomel (eine Infusionslösung zur Deckung des täglichen Erhaltungsbedarfs an Flüssigkeit und Elektrolyten) an, die sie immer bereithalte. Nach einer solchen nächtlichen Infusion gehe es ihr am nächsten Tag sehr gut. Früher hingegen sei sie nach solchen Krisen oft tage-, ja wochenlang ans Bett gefesselt gewesen, habe sich kaum bewegen können. Auch Psychopharmaka könnten solche Krisen auslösen, weswegen sie mit der Einnahme von Medikamenten extrem vorsichtig geworden sei. Als ihr die Diagnose „Hypokaliämische Alkalose“ mitgeteilt worden sei, habe Frau G. mit verschiedenen nationalen und internationalen Kapazitäten Kontakt aufgenommen, um mehr über die Krankheit zu erfahren. Eigentlich sei ihr die Diagnose egal, jetzt ginge es vor allem darum, wie sie mit dieser Krankheit leben und wie sie mehr aus ihrem Leben machen könne. Es habe zwischendurch zwar Zeiten gegeben, in denen es ihr besser gegangen sei, dann jedoch wieder Jahre, an denen sie die Tage, die ihr ein ordentliches Leben erlaubt haben, an einer Hand hätte abzählen können. Vor einigen Jahren habe eine Ärztin ihr ein homöopathisches Mittel verschrieben, dann sei es ihr besser gegangen. (Wie sich später herausgestellt hat, handelte es sich damals um Lithium). Ein Arzt habe die Dosis erhöht, darauf sei es zu einer rapiden Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen.

*Lebensgeschichte – Erklärungsgeschichte, Attributionen der Patientin*

Als die Patientin etwa 13 Jahre alt war, wurde ihre ältere Schwester tödlich überfahren. Diese Schwester sei immer und in allem besser gewesen als sie, intelligenter, erfolgreicher in der Schule, aber auch bei den Eltern „besser angekommen“. Die Schwester sei verunglückt, ohne daß die Patientin ihr mitgeteilt habe und vermitteln konnte, was sie ihr immer sagen wollte: ihre Bewunderung. Nach dem Tod der Schwester sei die Patientin an ihre Stelle in der Gunst des Vaters getreten und mit diesem ein „Bündnis“ eingegangen.

Äußerst aktiv will die Patientin allen Leuten des von ihr betreuten Heims helfen, was ihr in den meisten Fällen auch gelingt, sie gibt jedoch die vom Untersucher unschwer zu objektivierende Überforderung nicht zu, nur gelegentlich äußert sie, ein Gefühl der Überforderung im beruflichen Bereich zu verspüren.

## 2 Differentialdiagnostische Erwägungen

Seit dem 15. Lebensjahr besteht ein praktisch unverändertes psychopathologisches Bild, welches die Patientin einer hypokaliämischen Stoffwechselentgleisung zuschreibt. Die hier erhobenen Befunde schließen eine derartige funktionelle Ursache der Beschwerden aus.

Die depressive Befindlichkeit schwankt innerhalb von wenigen Tagen, allerdings ist keine ausgeprägt tiefe Verstimmung zu erheben; zeitweise sind auch leicht hypomanisch anmutende Aktivitätssteigerungen zu beobachten – allerdings nicht phasenhaft verlaufend, sondern kurzfristig und stark umweltabhängig. So läßt sich eine phasenhaft verlaufende zyklische Erkrankung ausschließen, wohl aber ist eine zyklotyme – zyklode (dysthyme) Persönlichkeitsstruktur wahrscheinlich. Derartige Formen von Komorbidität sind bekannt (Wilson-Barnett et al., 1985).

Für die somatoforme Störung sprechen Lähmungserscheinungen motorischer und sensibler Art, Schmerzen, Heiserkeit und Reizbarkeit.

Für die dissoziative Störung können häufige Trancezustände, Depersonalisationsphänomene (sie sei nicht sie selbst, habe noch nicht richtig gelebt) angeführt werden. Zeitweise besteht der Eindruck eines Ganserschen Syndroms in dem Sinne, daß Kranke systematisch vieles verkehrt machen, z. B. immer wieder die vorgeschriebene Medikation selbständig ändern und nicht einnehmen.

Die histrionische Störung äußert sich in der theatralischen Darstellung, in der Unfähigkeit eine Beziehung zu anderen Menschen aufzubauen, z. B. in der Beziehungsschwäche auch zum eigenen Gatten. Die Patientin agiert Emotionen über ihren Körper aus.

Es ist überdies eine körperliche Komorbidität gegeben, Bandscheibenvorfälle in der Halswirbelsäule und in der Lendenwirbelsäule, ein Carpal-tunnelsyndrom (Hypästhesie im Bereich des Nervus medianus, Atrophie der Daumenmuskulatur, häufig bei Frauen in der Postmenopause, häufig durch lokale Prozesse wie ein Ganglion, Lipom, Knochendislokationen etc. verursacht), eine Gastritis. Die psychische Komorbidität äußert sich in einer depressiven Verstimmung im Sinne einer Zylothymie – Zykloidie mit Schlafstörungen, morgendlichem Pessimismus, Lustlosigkeit, Konzentrationsstörungen und einer vegetativen Symptomatik, die aus Zittern, Schwitzen, Diarrhoeen und Obstipation besteht.

#### *Status psychicus*

Beim Erstgespräch: formaler Gedankenductus geordnet, das Denkziel reichend, inhaltlich auf die Beschäftigung mit der Krankheit fixiert. Die Stimmungslage wirkt zeitweise stark dysthym, der Antrieb vermindert, psychomotorisch wirkt die Patientin leicht gehemmt. Suicidgedanken leugnet sie strikt. Zeitweise jedoch wirkt sie ausgesprochen niedergeschlagen, sie stellt ihr körperliches Leiden stark in den Vordergrund ihrer Beschwerden. Dieser psychische Status wird von der Patientin im Verlauf der Therapie – wenn nicht anders vermerkt – im Grunde unverändert beibehalten.

#### *Zusätzliche Befunde*

Außer sehr lebhaft auslösbaren Reflexen ist somatisch und neurologisch kein abnormer Befund erhebbar. Die Laborwerte lagen im Normbereich, die ständig kontrollierten Elektrolyte – auch während eines adynamischen Anfalls – lagen immer im Normbereich, der Kaliumwert wurde besonders beachtet.

#### *Aus mitgebrachten Befunden*

Ärztlicher Befundbericht von einem Facharzt für innere Medizin vom Juni 1990: „Diagnose: periodische, hypokaliämische, hypoglykämische Ady-

namie bzw. Lähmungserscheinungen genetischer Ursache, ohne organisches Substrat.“

EMG – ENG: normal. Eine Muskelbiopsie ergab das histologische Bild einer funktionellen Muskelstörung, mit der klinischen Diagnose einer periodischen hypokalämischen Lähmung vereinbar. Die Krankheitszustände und Befunde wurden von den einzelnen Kliniken gegenseitig kaum übernommen und die Beschwerden der Patientin selten geglaubt, waren letztendlich immer verifizierbar, aber organisch und funktionell nicht begründbar. Die Patientin leidet an episodischer Adynamie mit Hypokalämie, Hypomagnesiämie und Hypoglykämie. In diesen Anfällen benötigt die Patientin kommentarlos und ohne vorherige Recherchen „den sofortigen Genuß von Magnesium und Kalium sowie traubenzuckerhaltigen Getränken, welche langsam genossen werden sollen.“

CT der WS (1990): breitbasige Wirbelprotrusion bei LW IV–V, leichte Wirbelprotrusion bei HW III–VII. Schilddrüsenparameter (1989 und 1990): o. B.

### 3 Erklärungsansätze

1. Die Störung beginnt nach dem Unfall der Schwester, welche der Patientin als (unerreichtes, unerreichbares?) Vorbild gedient haben mag. Offenbar hatte diese Schwester auch eine gute oder bessere Beziehung zum Vater als die Patientin. Die Patientin rückt ihr nach dem tödlichen Unfall nach: unverdientermaßen? Machte sie sich dies zum Vorwurf: „Ich bin es eigentlich nicht wert!“ Resultieren daraus Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und Insuffizienzgefühle? Der Leistungsdruck, unter dem die Patientin steht, könnte daraus erklärt werden. Unklar bleibt die Beziehung zum Vater, die auf eine ungelöste ödipale Situation hinweisen könnte (Freud, 1895).
2. Die somatischen Beschwerden der Patientin können nicht zugeordnet werden; die ärztlichen Diagnosen deuten auf eine schwer verifizierbare funktionelle Erkrankung im Bereich des Elektrolytstoffwechsels hin. Ein eindeutiger Hinweis fehlt. Die ärztlichen Befunde widersprechen z. T. einander, was sicherlich zur Verunsicherung der Patientin beiträgt.
3. Frau G. versucht, ihre Insuffizienzgefühle durch hohe Anforderungen an sich zu kompensieren, was einige Zeit auch zu gelingen scheint – bis sie überfordert, überarbeitet ist und dekompenziert. Sie gerät in eine Erschöpfungsdepression, die sie aber nicht als solche akzeptieren will. Sie sucht die Therapie auch nicht auf, um eine psychische Erkrankung



oder Störung behandeln zu lassen, sondern um einen besseren Umgang mit ihrer körperlichen Krankheit, also bessere Copingmechanismen zu erlernen. Sie attribuiert ihre psychische Störung einem ausgefallenen, also sehr seltenen körperlichen Krankheitsbild, wodurch 2 Momente zugleich erreicht werden:

- a) sie rückt in den Mittelpunkt von Ärzten, Kliniken etc. und
  - b) die Krankheit wird unbehandelbar, weil sie nicht das ist, wofür sie gehalten wird, wodurch ein Krankheitsgewinn – operant gesehen eine Verstärkung der Symptomatik – erzielt wird. Daraus resultiert eine Fortdauer der Symptome, eine Fortdauer der Aufmerksamkeitszuwendung von seiten der Umwelt (Meyer & Chesser, 1971).
4. Es ist fraglich, inwiefern die Patientin mit ihrer Störung auch ihre Partnerbeziehung mitgestaltet – gibt es für den Partner noch einen anderen emotionalen Zugang zur Patientin als über die Sorge um die kranke Frau?
  5. Frage nach Auslösern: Offenbar ist die Reizsituation schon weitgehend generalisiert. Als körperliche Momente können prämenstruelle Perioden und solche der Arbeitsüberforderung angesehen werden, psychische Momente, die Auslöserfunktion haben, sind offenbar Bedürfnis nach Zuwendung, Ansprüche auf Erfolgserlebnisse, Bedürfnis, den Selbstwert zu erhöhen.
  6. Die Patientin setzt selbständig die Medikamente ab, was mehrmals zu schweren emotionalen Einbrüchen geführt hat. Sie ist entweder nicht imstande oder nicht willens, Zusammenhänge zwischen der Einnahme bzw. dem Weglassen von Medikamenten und ihrer Befindlichkeit zu sehen. Zudem setzt sie die Medikamente mit der Bemerkung ab, daß ihr körperlicher Zustand (wie ihr verschiedene Ärzte bestätigt hätten) dadurch beeinträchtigt werde. Diese Handlungsweise kann wie folgt interpretiert werden: Frau G. sabotiert ihre eigene Therapie. Dieses Thema wurde mehrmals mit der Patientin besprochen, ohne daß sie ihre Handlungsweise geändert hätte. Ist auch eine operante Erklärung möglich? Findet sie nur Genugtuung, wenn sie deutlich machen kann, daß sie es trotz der Beschwerden und ohne Medikation schafft? Einmal wurde von einer Ärztin Lithium verordnet, das der Patientin tatsächlich geholfen hat. Allerdings lief diese Medikation unter der Etikette einer homöopathischen Behandlung ab. Es ist nicht eruierbar, warum die Patientin gerade nur dieser Form einer medikamentösen Behandlung zustimmen konnte.

## 4 Vorbereitungen zu einer Therapie

Beginn der Therapie im Sommer 1991

### Sicht der Patientin

### Sicht des Therapeuten

Zunächst wird wöchentlich eine Therapiestunde vereinbart; Ziel: weitere Erhebung anamnestischer Daten; Vermittlung, daß die Patientin angenommen wird; Hinweise darauf, es könnte (wenn sie schon hierher geschickt wurde, wenn schon ein Psychiater angesprochen wurde) doch etwas „Psychisches“ hinter ihren Beschwerden vorliegen. Seelische Stützung helfe doch? Oder? Erwägung der Möglichkeiten einer zusätzlichen medikamentösen Therapie, da Durchschlafstörungen mit schweißgebadetem Aufwachen, sowie Schlafverkürzung erhoben werden konnten. Serotonin-reuptake-Hemmer wurden erwogen. Frage nach der operanten Konditionierung einzelner Störbereiche.

*„Ich lerne meine Unlust“. Die Patientin spricht von anerzogener Perfektion.*

Die Patientin berichtet von einem Symptomshift – sie leide unter merkwürdigen Kopfschmerzen, 2 Stunden nach der Tabletteneinnahme komme es zur Unruhe, besonders in den Beinen, Nasenbluten trete auf, Schokolade und Zucker verursachen ihr Panik. Im Herbst 1991: deutlicher Stimmungsabfall, Schuldgefühle wegen dem Tod der Schwester.

*Die Patientin sucht einen Neurochirurgen auf, da sie starke Schmerzen in der rechten Hand verspürt, dieser stellt ein Carpal-tunnelsyndrom fest und empfiehlt der Patientin eine Operation. Die Patientin berichtet, „immer sei alles schiefgelaufen“.*

Die Patientin erzählt zum ersten Mal von ihrer Schwester und deren Beziehungen zum Vater. Unmittelbar danach stimmungsmäßiger Absturz und Aufnahme auf einer Medizinischen Abteilung. Dort wird der oben erwähnte Befundbericht des Internisten bekannt. Auch der Muskelbiopsiebefund wird von der Patientin vorgelegt.

*Die Patientin suchte von sich aus, ohne den Therapeuten zu informieren, die Medizinische Abteilung auf, weil sie Schmerzen an den Händen, ausstrahlend bis in beide Oberarme, verspüre, dort sei die*

*Intensität der Schmerzen besonders massiv. Auch der Vater habe an Rheuma gelitten. Die nächtlichen Krisen (im Sinne von Lähmungserscheinungen) träten in der letzten Zeit 2–3 mal wöchentlich auf, besonders schlimm sei es einige Tage vor der Regel. Außerdem abwechselnd Diarrhoen mit Obstipation. Alkohol könne solche Schmerzattacken auch auslösen.*

Der Therapeut interpretiert diesen Zustand als eine depressive Störung, wobei die nächtlichen Krisen als Durchschlafstörungen interpretiert werden, die prämenstruelle Verstimmung spricht gleichfalls für die Diagnose einer depressiven Störung, die Schmerzen können im Sinne eines Overarousal im Bereich der Wirbelsäulenmuskulatur verstanden werden. Typisch auch die wechselnden Darmbeschwerden. Identifikation mit dem Vater?

*Auf Betreiben der Patientin wird eine Transferierung an die Psychiatrische Klinik vorgenommen.*

Stationärer Aufenthalt von Mitte Dezember bis knapp vor Weihnachten 1991.

Sie wirkt depressiv und ist verzweifelt. Die Therapie bestand im folgenden Arrangement: Anafranil per infusionem, Tryptizol oral, problemzentrierte Gruppengespräche, Fortsetzung der Einzelgespräche mit demselben Therapeuten, die folgende Problemkreise berührten: Gatte, Einsamkeit, berufliche Überforderung, mangelnde Strategien, „nein“ zu sagen. Auffällig ist die äußerst aktive Teilnahme an der Tanztherapie.

*Die Patientin setzt gegen den Willen ihres Therapeuten ihre Entlassung knapp vor Weihnachten durch.*

Beim ersten Therapietermin nach den Weihnachtsferien stellt sich heraus, daß die Patientin alle Medikamente wieder abgesetzt habe, Migräneattacken aufgetreten seien, massives Vermeidungsverhalten im Sinne von Rückzug, die vermutete organische Krankheit steht wieder im Vordergrund des Interesses. Die Stimmung verschlechtert sich zusehends: keine Freude, keine Konzentration, alles sei grau in grau, Grübeln, Durchschlafstörungen, morgendliches Pessimismus, Trockenheitsgefühl im Mund. Sie könne sich nicht entspannen. Erneut Behandlungsversuch mit Antidepressiva (Deanxit, Limbitrol).

Eine Woche später: Sie mogle sich so durch, positive Träume von sich und ihrer Arbeit.

*„Ich habe noch nie ordentlich gelebt.“*

Eine Woche später wieder stimmungsmäßig abgesackt, Benommenheit, Trancezustand besonders um 9.00, 9.30 Uhr, weinerliche Stimmung, Frau G. müsse sich vor Erschöpfung hinlegen, dabei massive Angst vor dem Hinlegen, da sie dies als ihr eigenes Versagen interpretieren müsse.

*Als ob „jede Zelle zumachen“ würde.*

Zwei Wochen später leichte Besserung, angenehme Träume, Druck in der Magengegend, Gewichtszunahme 1–2 kg.

2. Aufnahme vom 27.2. bis 24.3.1992, nach folgender Vorgeschichte, welche die Patientin „überfallsartig“ erzählt: wieder Schmerzen im linken Bein, von der Leiste bis in die Zehen reichend, in diesem Bereich auch pamstiges Gefühl, die Patientin sucht deshalb eine neurochirurgische Abteilung auf, dort wird ihr ein stationärer Aufenthalt empfohlen, um eine neurochirurgische Indikation abzuklären. Zur selben Zeit wurde auch eine chronische Antrumsgastritis mit Aktivitätsgrad II auf einer internen Ambulanz diagnostiziert.

*In dem Augenblick sei bei der Patientin „ein Schalter umgekippt“, sie habe nur mehr geweint und sich in Verzweiflung gestürzt.*

Während des stationären Aufenthaltes Einzelgespräche mit dem Ziel zu klären, welche psychische Problematik hinter den organischen Beschwerden stehen könnte, Anspielung auf Überforderungsreaktion, Angebot von Gruppenaktivitäten, die Patientin sollte einfach mitmachen und ihre Beschwerden vergessen, dabei stellt sich die Patientin stark in den Vordergrund und wird deswegen von Mitpatienten kritisiert.

*Während des stationären Aufenthaltes berichtet die Patientin über einen Konflikt mit einer jüngeren, ihr untergebenen Mitarbeiterin, welche wahrscheinlich ihre Position einnehmen möchte und über dieselben Beschwerden klagt wie sie selbst: über Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, Gefühl, überarbeitet zu sein. Weil diese Patientin über die Ambulanz als Notfall an der Klinik stationär aufgenommen wird, drängt die Patientin wieder an ihren Arbeitsplatz*

*zurück und wird auf ihren strikten Wunsch auch entlassen. Die Tatsache, daß eine Mitarbeiterin hier betreut werde, wo sie sich selbst hingeflüchtet habe, schaffe ihr Unbehagen.*

*Ambulante Weiterbetreuung.*

1. Sitzung, 7 Tage später: Die Patientin hat wieder alle Medikamente abgesetzt, da Heiserkeit und Reizhusten ausgebrochen seien, die sie auf die Medikation zurückführe.

14 Tage später: prämenstruell verstimmt, Blähungen, Durchfall wechselt mit Obstipation, die Patientin führt dies (wider besseres Wissen!) auf die Einnahme von Insidon und Vesalium zurück. Sonst gehe es gut. 14 Tage später: Seit 10 Tagen gehe es wieder schlechter, sie stehe jetzt knapp vor der Regel, sie denke an Früh-pension.

*Sie weise in der Realität zurück, was sie in der Phantasie herbeisehne. Was sie herbeisehne, darüber allerdings schweigt die Patientin.*

14 Tage später: gibt Alpträume zu, müsse sich wie ein Käfer an der Wand festhalten.

*„Mit wem führe ich Krieg?“ Bei dieser therapeutischen Sitzung beklagt sich die Patientin über den Therapeuten, er habe geäußert, „sie stinke“. Erste Bemerkung darüber, daß es zu Hause wegen der sich streitenden Eltern unerträglich sei.*

14 Tage später wieder prämenstrueller Stimmungswall, sonst unverändert.

Die Patientin nimmt den nächsten Termin nicht wahr und sucht auch in der weiteren Folge keinen Kontakt mehr mit dem Therapeuten. Allerdings sitzt sie einige Wochen später in einem der von ihrem Therapeuten gehaltenen Vorträge. Dabei kommt es zu keinem persönlichen Gespräch. Ein follow-up, d. h. eine Wiederaufnahme des Kontakts wird vom Therapeuten unterlassen. Meine Begründung: Ich will mich nicht anbieten; wenn die Patientin überzeugt ist, sie brauche Hilfe oder dergleichen, ist sie schließlich in der Lage, sich zu melden.

Die größeren Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen ab dem 2. stationären Aufenthalt ergeben sich aus einer resignativen Haltung des Therapeuten, über die auch mit der Patientin gesprochen wurde: was soll der psychotherapeutische Kontakt, wenn die Patientin ohne Rücksprache die Medikation, die ihr offensichtlich gut tut, einfach immer wieder absetzt (Rudolf, 1992)?

### *Mögliche Interventionsstrategien*

1. Zunächst ist eine Stabilisierung der Befindlichkeit und des Antriebs, eine Behebung der zeitweise auftretenden Durchschlafstörungen, also der depressiven Störungen durch Psychopharmaka notwendig.
2. Durchführung einer Verhaltensanalyse: welches soziale Defizit besteht, worin bestehen übertriebene Verhaltensaktionen, welche Ereignisse bedingen welche Verhaltensweisen? Bisher konnte bedingt durch die Vielfalt der Beschwerden, durch ihre Wechselhaftigkeit und massive Überreaktionen der Patientin kein einheitliches Bild gewonnen werden.
3. Überlegungen zum Einsatz operanter Verfahrensweisen, z. B. wenn die Aufmerksamkeit anderen Phänomenen als den körperlichen Beschwerden zugewandt wird, Belohnung für andere Verhaltensweisen als massiven beruflichen Einsatz oder Sich-zurückziehen, Förderung beschwerdefreien Genießens (etwa ein Gespräch mit der Tochter), Belohnung für Verschieben der Beschwerden etc. (Munford & Liberman, 1982).
4. Vorbereitung eines Diskriminationstrainings: was überfordert mich, was muß ich delegieren, was muß im Augenblick getan werden, was kann verschoben werden?

### *Beobachtungen während des Verlaufs*

1. Die Erhebung der Anamnese und die Beobachtung der Patientin fand praktisch die gesamte Betreuungsperiode einschließlich der beiden stationären Aufenthalte statt. Dabei wurden, wie erwähnt, wichtige Beobachtungen gemacht, etwa daß der Kaliumspiegel niemals abgesunken ist oder daß sich die Patientin in der Tanztherapie besonders hervorgetan und besonders wohl gefühlt hat, aber auch daß sie sich in den Gruppentherapien sehr stark in den Vordergrund gedrängt hat und von den übrigen Mitgliedern „zurückgepfiffen“ wurde.
2. Es wurde versucht, mit der Patientin den Mechanismus der operanten Aufrechterhaltung ihres Verhaltens zu erarbeiten; dieses Ziel wurde praktisch nicht erreicht, da die Patientin an ihrer körperlichen Symptomatik festhielt, im Grunde bis zuletzt, was z. B. an dem ständigen Absetzen der Medikation aufgrund einer kausalen Mißattribution sichtbar wurde. Praktisch hat die Patientin Verleugnung als Reaktion nie aufgegeben. Nur punktuell hat sie die Überforderung im Beruf als Auslöser zugeben können.

3. Das Erreichen einer Stimmungsstabilität mittels Medikation ist zwar angestrebt, aber nie für längere Zeit erreicht worden; Frau G. hat die Medikation immer wieder abgesetzt.
4. Ein Diskriminationstraining ihrer Überforderung konnte nicht einmal in nuce erreicht werden. Aufgrund ihrer Tendenz zu massiven emotionalen Reaktionen blieb der Lernprozeß zu feinerer Diskrimination auf der Strecke. Wäre dies der Patientin (und dem Therapeuten!) möglich gewesen, hätte sich ein Kontingenzmanagement einsetzen lassen.
5. Speziell die stationäre Verhaltensbeobachtung hat der Vermutung Raum gegeben, daß im Sozialverhalten der Patientin Defizite bestehen. Auch der Verdacht der schlechten Partnerschaft könnte dafür sprechen. In dem Fall hätte ein Training des Sozialverhaltens sicherlich eine große Bedeutung erhalten.
6. Die Behandlung der tatsächlich vorhandenen körperlichen Beeinträchtigungen hätte nur durch eine gezielte Therapie, die ambulant und von mehreren Fachleuten hätte durchgeführt werden müssen, Erfolg gehabt.
7. Insgesamt hat die Patientin keine konsequente Linie in ihren Verhaltensweisen und ihrer Haltung den therapeutischen Versuchen gegenüber einnehmen können. Immer wieder sind neue Beschwerden und Probleme in den Vordergrund geschoben worden, sozusagen Überraschungen, mit denen weder der Therapeut noch die Patientin gerechnet haben. Auch wenn es schien, daß man nahe an jene Ereignisse und Erlebnisse herangekommen ist, die vieles am Beschwerdebild und am Verhalten der Patientin hätten klären können, hat sich die Patientin durch offenbar nicht rapportiertes Abschweifen oder Ausreden von einer echten Konfrontation zurückgezogen. Zuletzt konnte sie auch noch anführen, daß ihr der Therapeut vorgehalten hatte, sie habe Körpergeruch, worauf sie – endlich? – von ihrer Seite einen Grund hatte, die „Therapie“ abubrechen.

## Resümee

Die 45jährige Frau G. sucht Hilfe. Dem Psychotherapeuten bietet sie Anfälle an, die auf einer Stoffwechselstörung beruhten. Sie wolle eine klare Diagnose, doch von psychischen Beeinträchtigungen nichts wissen.

Es werden jene Schwierigkeiten geschildert, die eine effektive Behandlung verhindern: ein zeitweises Sich-Öffnen und ein rasches Sich-Entziehen. Es gelingt keine Konfrontation mit dem psychischen Problem; es bleibt bei einem imaginären Sich-Abtasten, Vorfühlen, Rückziehen. Man könnte an

ein Machtspiel denken, bei dem es auch um Phänomene wie Beschwerdevielfalt, Beschwerdewechsel, um nicht durchschaut zu werden, eigenwillige Änderung medikamentöser Therapie, Stolz statt Einsicht, Klagen über körperliche Funktionseinbußen, die lebensbedrohenden Charakter haben, geht. Die Seele bleibt auf der Strecke, vom Gestus der Hilflosigkeit überschattet, Hilflosigkeit bei der Patientin wie beim Therapeuten.



# Histrionische Persönlichkeitsstörung\*

„Alles schenken die Götter, die unendlichen, ihren Lieblingen ganz  
– alle Freuden, die unendlichen  
– alle Schmerzen, die unendlichen – ganz“

J. W. v. Goethe: Gedichte aus dem Nachlaß,  
Jubiläumsband der deutschen Literatur, Bd. 2, 1953

## Einleitung

Für das Verständnis von Patienten mit histrionischen Persönlichkeitsstörungen scheinen zwei Punkte wichtig: Der expressive Kommunikationsstil, sowie die Selbstwahrnehmung und das Selbsterleben der Patientin. Um dem Leser diese beiden Komponenten zu verdeutlichen, entstand die folgende Arbeit, in der vorwiegend die Patientin selbst mit ihrem Leid zur Sprache kommen soll.

Frau H. ist 34 Jahre alt, von Beruf Sonderschullehrerin. Sie ist derzeit Alleinerzieherin und hat zwei Kinder, beides Mädchen, im Alter von 6 und 9 Jahren.

## 1 Psychopathologische Beschwerden und Symptome

Die manifesten Beschwerden der Patientin begannen 1984 im Rahmen der ungewollten Schwangerschaft. Damals begannen nächtliche Anfälle mit starker Angst und psychovegetativen Symptomen (Panikattacken). Zu dieser Zeit begab sich die Patientin erstmals in ambulante psychotherapeutische Behandlung. Die Beziehung zu ihrem Ehegatten, der Religionslehrer war, bezeichnet die Patientin als sehr schlecht, vor allem in ihrer Sexualität machte sie traumatische Erfahrungen, über die sie bis heute kaum sprechen kann. Aus dieser Ehe stammt auch ihre erste Tochter. 1985, nach nur zweijähriger Ehe, ließ sie sich scheiden.

---

\* Danksagung: Die folgende Darstellung geht hauptsächlich auf das Engagement der Patientin, Frau H., zurück. Es ging ihr dabei manchmal schlecht, sie wollte aber an diesem Projekt trotzdem von sich aus mitarbeiten. Mein Dank gilt auch ihrem Therapeuten für seine Unterstützung. Die folgende Arbeit ist mit dem vollen Einverständnis der Patientin und des behandelnden Therapeuten entstanden.

Es war im Herbst 85. Ich hatte soeben die Scheidung hinter mir, konnte kaum fassen, daß die Last nicht mehr getragen werden mußte, die das Zusammenleben mit meinem Mann für mich bedeutet hatte. Meine kleine Tochter war schwierig, ich kam mit meiner Mutterrolle überhaupt nicht zurecht und konnte mir nicht eingestehen, daß es mir nicht nur an Erfahrung fehlte, sondern vor allem an der Fähigkeit zu lieben mangelte. Damals begann die Abhängigkeit von meiner Mutter, die heute so furchtbar für mich ist. Denn während ich täglich nach Bruck zum Unterrichten fuhr, gab ich meine Tochter in ihre Obhut: Ich wollte frei sein. Mein Beruf war mir überaus wichtig, ich „lebte“ für die mir anvertrauten Schüler, ihre schrankenlose Zuneigung und die Anerkennung, die mir durch die Schulleitung zuteil wurde, erhielten mich am Leben. Meine Tochter war mir fremd, ich empfand die Verantwortung für sie wie eine Fessel, die man mir angehängt hatte, um mich an meinen Freiheitsbestrebungen zu hindern, um sich an mir zu rächen.

Bis heute ist das Verhältnis zu ihrer ersten Tochter nicht besser geworden. Sie hat den Eindruck, als sei diese „noch nicht geboren“. Das Kind lebt bei der Mutter der Patientin, deren Haus Frau H. derzeit nicht betreten darf. So ist der Kontakt zwischen Mutter und Kind eingeschränkt. Die Großmutter scheint das Kind zu verwöhnen, es hat inzwischen die Rolle der Schwester der Patientin eingenommen und schläft mit der Großmutter im ehelichen Bett.

Damals machte ich die Bekanntschaft von zwei Forstschülern. A. war groß, blond und lebhaft – B. schmal, dunkel still und wunderschön. Von diesem Tag an trafen wir uns täglich am Bahnhof vor der Abfahrt unserer Züge. Später verabredeten wir uns, tranken miteinander Tee und fanden Lieblingsplätze, irgendwo in der Natur, wo wir über Gott und die Welt, über Hesse, Zweig, Wedekind, den Tod, aber nie über die Liebe diskutierten.

A. und B. waren waghalsige Bergsteiger, sie riskierten viel und machten so den Angehörigen das Leben schwer, ... ich hatte das Gefühl, die Faszination, den Tod herauszufordern, begleitete meine Freunde. Ich war in alle Pläne eingeweiht, machte aber nie den Versuch, sie von ihren halsbrecherischen Vorhaben abzuhalten. Es war eine geheimnisvolle Zärtlichkeit um die beiden und mit Rührung nahm ich an der Liebe dieser zwei Männer zueinander teil.

Ich hatte in diesen Wochen und Monaten ein Verhältnis mit einem Lehrerkollegen, der lange Jahre „nur“ mein Freund gewesen war und nach meiner Scheidung mit Behutsamkeit und Achtung mich die schrecklichen sexuellen Vorkommnisse meiner Ehe vergessen ließ. ... Ich glaubte, diese Affäre sei ein Spiel, einzig und allein dafür erfunden, mich glücklich zu machen. Und dennoch hat diese körperliche Faszination meine Zuneigung zu den Försterbuben nicht im geringsten beeinflusst. Im Gegenteil – ich liebte D. mit meinem Körper, aber meine Seele war meinen jungen Freunden verbunden. Ich wollte mehr als alles und hatte alles, was ein Mensch sich nur wünschen konnte. Ich vergaß, daß man für geborgtes, gestohlenen Glück einen hohen Preis bezahlt.

Im August 1986 wurde ich von D. schwanger. Dieser aber kehrte reumütig zu seiner Ehefrau zurück, die nach kinderlosen Ehejahren nun ebenfalls schwanger war. Ich verlor meine Arbeit. A. und B. waren in der Schweiz auf einer Bergtour. Ich konnte meine

Wohnung nicht behalten, siedelte an den Stadtrand und brach alle Kontakte zur Außenwelt ab.

Meine Mutter bot an, die Abtreibung zu bezahlen, das war für lange Monate das letzte Gespräch zwischen uns, da ich soviel Schande auf die Familie brachte.

Zivilrechtlich lief gegen mich zu dieser Zeit ein Verfahren, das mir das Sorgerecht für meine ältere Tochter auf Bestreben meines Mannes aberkennen sollte und beim Diözesengericht ein Annullierungsverfahren (geschiedener Mann im kirchlichen Dienst tätig). Ich fühlte mich wie eine Löwin, eingesperrt im Zoo, hilflos all den entwürdigenden Blicken der ach so beflissenen Besucher ausgesetzt. – Ich war aus dem Nest gefallen, das ich mir in schwindelnder Höhe gebaut hatte. Aber natürlich stand außer Zweifel, daß ich die mir selbst eingebrockte Suppe auslöffeln würde. Heute weiß ich nicht mehr, woher ich die Kraft und die Zuversicht nahm. Ohne meinen Therapeuten hätte ich es damals nicht geschafft und es gelang mir immer besser, dieses ungewollte Kind als einen Teil von mir anzunehmen.

Eines Tages, spät am Abend, standen die beiden Försterbuben vor meiner Tür. Sie hatten viel Mühe gehabt, mich ausfindig zu machen, nachdem sie ja von den Vorfällen im Sommer nichts mitbekommen hatten. Sie brachten das verlorengegangene Leben in meine kleine Behausung zurück, unerschütterlich in ihrer Zuneigung zu mir. Im April 87 kam meine zweite Tochter zur Welt. Meine Mutter ignorierte dieses Ereignis ebenso ungerührt, wie der Kindesvater. Solange ich lebe, werde ich die Andacht nicht vergessen, die sich in A.s und B.s Gesichtern spiegelte, wenn sie dies Wunder der Schöpfung mit zärtlicher Unbeholfenheit in ihren braunen, vom Klettern zerschundenen Händen hielten ...

Die zweite, inzwischen sechsjährige Tochter der Patientin lebt bei ihr. Von vornherein war das Verhältnis zu diesem Kind ausgezeichnet. Die Patientin beschreibt das Kind als einfühlsam und verständnisvoll, die Beziehung zwischen Tochter und Mutter ist fast freundschaftlich.

Im Juli 1987 stürzten A. und B. 100 m unter einem Gipfel ab. B. war tot, nicht sofort, sondern erst nach Stunden, in denen er völlig zerschmettert und zerfetzt, das Bewußtsein nicht wiedererlangt hatte. A. blieb nahezu unverletzt, kam mit einem Schrecken davon. Obwohl in Wahrheit keiner von uns davongekommen ist. Wir drei haben einander nicht wiedergesehen, ich habe auch A. verloren.

Mein Leben hat einen Riß, der nie mehr heilen wird. Seit damals sehne ich mich immer wieder nach dem Tod, in der Gewißheit, er sei ein besserer Freund als das Leben. Kurz nach B.s Absturz begann dieses Gefühl der Nähe, das mich durch all die Verlassenheit trug, die mein Leben fortan begleitete. Monatelang lebte ich unter dem Glassturz eines geheimnisvollen Zaubers. Ohne, daß es mir bewußt war, aß ich kaum noch, und das was ich zur mir nahm verließ meinen Körper nahezu unverdaut, ich wog damals nur noch 43 kg ... Irgendwie gefiel mir die Einsamkeit, die die Toten von den Lebenden trennt. Ich wußte nicht mehr, wohin ich gehörte und beschloß, die Stadt zu verlassen und in die Berge, in die Wälder, die Abgeschiedenheit einer dünnbesiedelten Gegend zu ziehen.

Die Patientin ließ sich im Herbst 1989 beruflich versetzen. Dabei betreute sie 9 verschiedene Schulen und legte täglich 140 km zurück. Schließlich

bekam sie erneut anfallsartige Zustände von Übelkeit, flauem Gefühl im Magen und stärker werdende Schwindel- und Panikattacken. Zuerst dachte die Patientin, daß die Beschwerden von zu wenig Essen kämen und tatsächlich besserten sich die Zustände ein wenig mit vermehrter Nahrungsaufnahme. Schließlich entschloß sie sich zu einer stationären internistischen Abklärung, die im großen und ganzen keine organischen Befunde erbrachte (Diagnosen: Colon irritabile, Erschöpfungsdepression, Euthyreote Struma diffusa).

Das unregelmäßig auftretende Schwindelgefühl und die zunehmende Leistungsinsuffizienz und Erschöpfung steigerten sich bis Weihnachten 1991 derart, daß die Patientin Suizidideen bekam und Angst, sie könne von irgendwo hinunter springen und sich das Leben nehmen. Die Patientin übersiedelte daraufhin wieder in ihre Heimatstadt zurück und ließ sich freiwillig stationär psychiatrisch versorgen. Eine Umstellung der psychopharmakologischen Therapie brachte keine Besserung, die Patientin litt an Dämmerzuständen und Nervenzusammenbrüchen. Nach mehreren Arbeitsversuchen und einem weiteren stationären Aufenthalt an einer Psychiatrischen Klinik versuchte sie sich als Lehrerin in einer Sonderschule für geistig Schwerstbehinderte, wurde aber dann im Herbst 1992 aufgrund ihrer Beschwerden frühpensioniert.

Im selben Jahr war sie mit einem Arzt befreundet, den die Patientin während ihrer Aufnahme an der internen Klinik kennengelernt hatte. Auch diese Beziehung hielt nicht länger, der Mann fühlte sich immer stärker von den Problemen und der Persönlichkeit der Patientin belastet und reagierte verstärkt mit Alkoholkonsum. Nach einem Beziehungskonflikt im Oktober 1992 versuchte sich die Patientin mit einem kaputten Glas die rechte Pulsader aufzuritzen, verletzte sich dabei jedoch nur unerheblich. Bei der erneuten Aufnahme an der Psychiatrie schildert sie sich als gefühlseleert, zerrissen und unschlüssig bezüglich ihrer Zukunftsplanungen. Die Patientin wurde daraufhin mit Amitriptylin und Etilefrinhydrochlorid (Hypotonie) behandelt. Nach zwei Tagen stationären Aufenthalts war Frau H. verzweifelt und ratlos, bekam immer stärkere Ängste, sie könnte sich etwas antun und wurde auf eigenen Wunsch in das Wachzimmer (geschlossene Station) verlegt. In dieser Zeit bot sie ein stark regressives Verhalten, so richtete sie sich in dem Gitterbett ein, wie in einer „Höhle“, gestaltete es mit Texten und Bildern, aber auch mit Blättern wie ein „Nest“. Sie fühlte sich nach eigenen Angaben wohl und „unendlich frei“, sie weigerte sich oft, ihr Nest zu verlassen. Nach zwei Wochen kam es zu einer Stabilisierung, und die Patientin konnte als gebessert entlassen werden.

### *Lebensgeschichte*

Der Vater der Patientin ist als Beamter im Strafvollzug tätig, die Mutter ist Hausfrau.

Die ersten 17 Jahre meines Lebens war ich ein braves Kind. Ich war angepaßt, folgsam und unauffällig – um anerkannt, beachtet, geliebt zu sein. Es ist mir nicht gelungen . . .

Ich war ein braves Kind, sagt meine Mutter. Mein Vater sagt nichts. . . . Er war zwar anwesend, aber ich hatte immer das Gefühl, daß seine Gedanken nicht bei uns waren. Meine Eltern lebten eine Ehe, ohne ihr Zusammensein in Frage zu stellen. Ob sie darüber hinaus auch eine Beziehung verband, bezweifle ich. Ich war brav, rund und wohlgenährt – dick – denn die einzige Möglichkeit für meine Mutter, ihre Mütterlichkeit zu leben, war – und ist es – meine Schwester und mich mit Essen vollzustopfen. Während der Fütterungen hielt ich zwar brav den Schnabel auf, hatte mich aber geweigert, so erzählte man mir heute noch, die Nahrung zu schlucken und so hätte man mir Stunden später die Wangen ausgeräumt. In Therapiegesprächen tauchte immer wieder eine Gitterbett-Situation auf, ich stehe allein zwischen den Sprossen, schreie mir die Seele aus den Leib und niemand kommt. Als Zweijährige lief ich im Stiegenhaus die Treppe hinunter, meiner damals schwangeren Mutter davon, sie – um mich zu retten – hinterher. Sie stolperte, stürzte und verlor das Kind. Ich sehe noch ein rotes Einkaufsnetz vor mir, geflochten aus gewachstem Plastik und viele dunkle Milchflaschenscherben auf dem dunklen Steinboden.

Ich war also vielleicht doch ein böses Kind!

Ist es möglich, daß in dieser Zeit das Gefühl geboren wurde, das mich bis heute verfolgt: keine Existenzberechtigung zu haben und mit allen Mitteln zu versuchen, etwas nicht Nennbares „wiedergutmachen zu müssen“? Und gleichzeitig mit diesem Gefühl die hoffnungslose Erkenntnis, daß es nichts auf der Welt gibt, durch das ich Verzeihung erlangen könnte? . . .

Eine weitere Erinnerung aus dieser Zeit begleitete mich mein Leben lang: Ich sehe einen Teich vor mir, eingebettet in dunklen, geheimnisvoll atmenden Mischwald, wo die Stille so laut war, daß man sie hören konnte. Eine kleine verwachsene Insel war dem Teich vorgelagert, das Ufer war dicht mit Schilf und Rohrkolben verwoben, die Sonne schien, es war heiß und dunstig und die in der Windstille zitternden Libellenflügel glänzten silbriggrün und blau. Ich muß sehr glücklich gewesen sein. Ich war überzeugt, daß im dichten Erlengestrüpp der Insel ein geheimnisvolles Märchenschloß verborgen sein müsse. . . . Der Teich und sein Wald haben später eine große Rolle für mich gespielt. So fuhr ich mit allen mir etwas bedeutenden Männern an diesen Ort, und 20 Jahre danach wurde dort an einem schwülen Augusttag meine zweite Tochter gezeugt . . .

Dann wurde meine Schwester geboren. Von diesem Tag an gab es mich nicht mehr . . . Ich war vom Familienleben ausgeschlossen. Wie ein Zaungast nahm ich am Geschehen teil, ohne jemals an dem Tisch gerufen zu werden. . . . Vom ersten Tag ihres Lebens an riß meine Schwester alle Aufmerksamkeit an sich. . . . Die ersten 10 Jahre ihres Lebens schien meine Schwester unweigerlich jeden Augenblick Gefahr zu laufen, vom Hungertod hinweggerafft zu werden. Sie aß nichts – und wenn, erbrach sie alles sofort.

Selbstverständlich war meine Mutter verzweifelt. Mein Vater arbeitete mehr als zuvor, um den zirkusreifen Vorstellungen zu Hause zu entgehen. Ein netter, kleinwüchsiger Psychiater war unser ständiger Gast. Er machte mit meiner Schwester geheimnisvolle Dinge, die sich hinter verschlossenen Türen abspielten. Selbstverständlich durfte niemand davon wissen. Ich hielt auch meinen Mund, ich war ja folgsam und brav.

In der Schule lernte ich gut. Ich machte meine Aufgaben allein und bekam den Kochlöffel über die Finger geschlagen, wenn ich nicht schön schrieb. Es war ungeheuer wichtig, daß alles nach außen hin „schön“ war. Wann ich ins Wohnzimmer übersiedelte, weiß ich nicht mehr. Meine Schwester jedenfalls residierte im ehelichen Bett, das mein Vater verließ, um auf einer Couch in einer Ecke des Schlafzimmers zu schlafen. Diese Trennung ist bis heute beibehalten – allerdings hat mein Vater jetzt ein eigenes Zimmer.

In unserer Familie gab es keinerlei Zärtlichkeiten, niemand wurde umarmt oder geküßt und Festtage waren eine Qual. Es ist bestimmt 15 Jahre her, daß meine Eltern mir zuletzt zum Geburtstag gratulierten. Sie haben ihn ganz einfach vergessen.

Obwohl ich gut und selbständig lernte, habe ich mir in der Volksschulzeit etwas angeeignet, das mir unerklärlich ist und mehr geschadet als genützt hat. Meine Freunde nennen es liebevoll „das Herz auf der Zunge tragen“. Ich habe einen selbstzerstörerischen Hang zur Ehrlichkeit, . . . ich muß alles „beichten“. Je mehr ich mich vor etwas gefürchtet habe, desto ausführlicher erzählte ich und sparte nicht mit verbalen Ausschmückungen.

Meine Mutter nahm diese Strafe Gottes (mich!) mit aufopfernder Bereitschaft zu leiden hin. Wie das Amen im Gebet hörte ich jeden Tag den Satz, daß meine Mutter nicht wisse, wofür sie so bestraft sei, daß sie, käme sie nochmals zur Welt, nie wieder Kinder möchte. Und wenn dann mein Vater heimkam, gipfelte ihr Leid immer wieder darin, daß sie fortlief mit der Drohung, sich vor den Zug zu werfen, da das Leben mit uns für sie nicht mehr zu ertragen sei. Sie sagte auch, daß sie es nur unseretwegen täte und wir schuld daran seien, daß sie so jung sterben müsse.

In dieser Zeit hatte ich Freundinnen im Hof unseres Siedlungshauses, aber es war nicht lustig, mit ihnen zu spielen. Denn wenn es Streit gab, mischte sich meine Mutter immer ein und erzählte den anderen Müttern, wie unausstehlich ich sei. Dadurch war sie sehr beliebt, im Gegensatz zu mir.

Später, ab der 6. Klasse Gymnasium, als ich mit Nachhilfestunden mein Taschengeld verdiente, kaufte ich mir Bücher und las ganze Regale der städtischen Leihbüchereien aus. Niemanden interessierte, was ich las und oft war mir, als müsse ich an den vielen Dingen, die ich zu erzählen hatte, ersticken, da mir niemand zuhörte.

So sehr ich mich bemühte, zu Hause unauffällig zu bleiben, so wenig gelang mir das. Ich war immer zu vorlaut, lachte immer zu viel, war immer zu neugierig und niemals so bescheiden, wie ich hätte sein sollen. Es gelang mir ganz einfach nicht, so zu sein, daß man mich endlich hätte liebhaben können! Meine Mutter hatte eine eigene Methode, mich zu bestrafen. . . . Sie sprach tagelang kein Wort mit mir. Sooft ich mich auch entschuldigte, ich wurde niemals erhört und manchmal machte ich mit meinem Betteln nur alles noch schlimmer. Dann begann sie zu weinen und drohte, sich umzubringen, da ich ihr das Leben zu Hölle machte! Ich hoffte, eines Tages wäre ich einfach verschwunden und niemandem würde es auffallen. Auf meine Befürchtungen während der

Panikanfälle antworte ich noch heute meinem Therapeuten, „ich habe Angst, ich könnte verlorengehen und niemand findet mich!“

Zuerst habe ich versucht, durch Bravsein, Anpassung und Selbstverleugnung Liebe zu gewinnen, sie mir zu verdienen . . . Dann, als ich keinen Erfolg damit hatte, habe ich alles daran gesetzt, zu zeigen, daß es durchaus berechtigt ist, mich nicht zu mögen, daß ich nicht liebenswert bin, daß „alle“ (meine Eltern?) recht damit haben, meine Existenz als „Strafe Gottes“ zu empfinden.

Die Patientin besuchte ein katholisches Privatschulwesen. Das Lernen fiel ihr, ob ihrer Belesenheit, sehr leicht, sie fand aber in dieser Eliteschule, in der größtenteils die Kinder Prominenter saßen, mit ihren Altersgenossen nur schwer Kontakt.

Ihre erste tiefere Beziehung schloß sie zu einem asiatischen Ingenieur, der 16 Jahre älter als sie war. Bald darauf verliebte sie sich in einen 22 Jahre älteren Witwer, dessen Kinder gleich alt wie sie waren. Über fünf Jahre blieb sie mit dem Mann zusammen. Da diese Beziehung keine Zukunft hatte, flüchtete sie nach kurzem Zusammenleben in die Ehe. . .

Ich habe mich kopfüber und mit zunehmender Geschwindigkeit, so als wäre das Leben ein Karussell, in Beziehungen gestürzt, die von vornherein zum Scheitern verurteilt waren. Mit einer unfassbaren Gier nach Schmerz habe ich das Verlassenwerden immer wieder inszeniert. Mit geradezu bravouröser Schauspiel- und Verwandlungskunst habe ich die in mich gesetzten Erwartungen erfüllt. Übersensibel und mit feinen Antennen erspürte ich meisterhaft, was und wie man mich wollte. Wenn mein „wahres Ich“ unvorsichtigerweise durchzuschimmern begann, war man vor dem Kopf gestoßen -dies (!) war nicht vereinbart gewesen. Denn trotz meiner Begabung, die „Show abzuziehen“, habe ich mich letztendlich nie an Vereinbarungen gehalten!

Dennoch war ich stets felsenfest überzeugt davon, daß ich immer wußte, was ich wollte.

Tatsache ist, daß ich niemals wirklich darüber nachgedacht habe, was ich will und wie ich es bekommen könnte.

## 2 Testpsychologische Diagnostik

Im Rahmen ihrer Beschwerden wurde die Patientin auch gegen Ende eines Klinikaufenthaltes im Juli 1992 testpsychologisch untersucht und die Untersuchung zwei Monate später im Zusammenhang mit der Frühberentung wiederholt.

Während die erhobenen Leistungsdaten durchschnittliche bis gut durchschnittliche Ergebnisse in Intelligenz- und Konzentrationstests ergaben, imponierte das Persönlichkeitsprofil, welches mittels MMPI-Kurzform

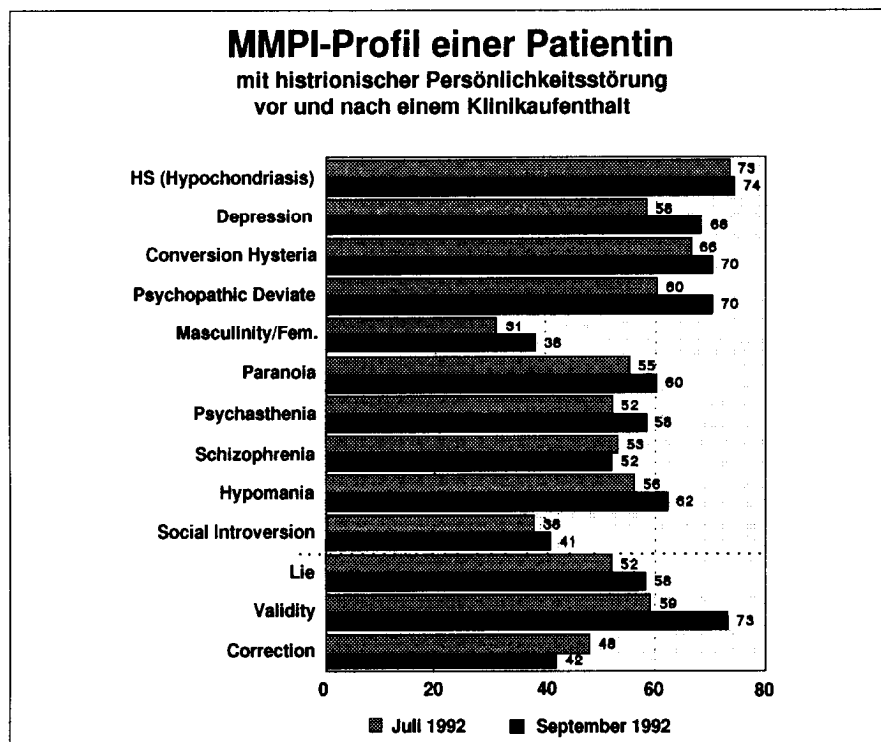


Abbildung 1: Darstellung der flächentransformierten T-Werte nach den Normen des Testhandbuchs. Erläuterung im Text

(Gehring & Blaser, 1982, Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI; deutsche Kurzform) erhoben wurde.

Sowohl in der klinischen Phase, als auch danach unterscheiden sich die Profile nicht wesentlich: es dominieren die Skalen Hypochondriasis, Depression, Conversion Hysteria und die Skala Psychopathic Deviate. Die Kontrollskalen sind beide Male erhöht, was bei Patienten, die die Fragen nicht verstehen oder aber die Symptomatik übertreiben, vorkommt.

In der zweiten Untersuchung ist die Skala Psychopathic Deviate und die Depressionsskala stärker ausgeprägt, genauso wie die Skala Validity, was meist auf Krankheitssimulation hinweist. Dieses Ergebnis macht deutlich, daß die intensive klinische Betreuung bei der Patientin zu einer Reduktion der agitierten und depressiv/ängstlichen Komponenten führte, diese Entlastung fiel aber im Alltag der Patientin sehr schnell wieder weg. Die erhöhten Kontrollskalen werden in diesem Fall weniger als bewußte, zielgerichtete Simulation verstanden, vielmehr als ein Teil der eigentlichen histrionischen Störung.



### 3 Theoretische Überlegungen und Erklärungsansätze

Über Menschen mit expressiver, übertriebener emotionaler Ausdrucksweise und Charakter findet man in der Persönlichkeitspsychologie kaum Informationen, obwohl wahrscheinlich jeder solche „schillernden Persönlichkeiten“ kennt. Süllwold (1987, 1990) untersuchte das Konstrukt „Hysterie“ innerhalb studentischer Stichproben und fand dabei einen Generalfaktor, den er als abnorm gesteigertes Bedürfnis nach Beachtung, gekoppelt mit psychischer Unechtheit (starke Affekterregbarkeit bei geringer Nachhaltigkeit der Gefühle sowie Erlebnishunger bei geringer Erlebnistfähigkeit) beschreibt.

Geraten Menschen mit diesen ausgeprägten Charakterzügen in ein Sammelsurium von Interaktionsproblemen, psychischen Belastungen und Traumata, liefern sie eine vielfältige Ansammlung schwer diagnostizier- und behandelbarer psychischer Störungen (vgl. Thompson & Goldberg, 1987; Wilson-Barnett & Trimble, 1985). Obwohl die manifesten Symptome von Frau H. erst 1984 begannen, erscheint die Erinnerung an die Kindheit eine qualvolle: Schuld- und Aggressionsgefühle klingen durch, eine emotionale Deprivation positiver Gefühle, wie Liebe und Zuwendung scheint vorzuliegen. Celani (1976) beschreibt, daß genau diese Deprivation als Grundlage für die Entwicklung einer solchen Störung anzusehen ist. Darüber hinaus allerdings erfährt diese psychodynamische Auffassung durch die biosoziale Lerntheorie (Millon, 1981) und ähnliche Modelle (Überblick bei Fiedler, 1998) eine Erweiterung. Die Eltern der Patientin erscheinen als Manager, die die Fassade nach außen zu wahren haben. Schon früh erlernte Frau H., die Familie als „Börse für Anerkennung und Zuwendung mittels manipulativen Verhaltens“ (Celani, 1976) zu benutzen. Dabei gehören von vornherein psychisch auffällige Symptome (Eßstörung der Schwester, Suiziddrohungen der Mutter usw.) zu den Interaktionsritualen der Familie. Das in diesem Klima herangewachsene vulnerable Selbst der Patientin reagiert zurückhaltend auf soziale Kontakte in der Schule, der Rückzug in eine Traumwelt wurde durch die intellektuelle Begabung sicherlich gefördert. Es kam zu einer Dissoziation zwischen dem Selbstgefühl und der Selbstdarstellung. Wichtige Problembereiche in der Adoleszenz wurden schlecht bewältigt: Die Berufswahl als Aufbegehren gegen den Wunsch des Vaters, sie solle Juristin werden, sowie ständige Verletzungen in persönlichen Beziehungen. Es kommt zu fortlaufenden Inszenierungen, die als zentrale Komponente der histrionischen Patienten zu betrachten sind. Dabei werden diese nicht nur als Theatralik zur Erlangung der Aufmerksamkeit operant verstanden, sondern erscheinen auch als Inszenierungen des Subjekts vor sich selbst (vgl. Mentzos, 1980). Es wird versucht, die Folgen der emotionalen Deprivation und der mangelnden

Identitätsentwicklung zu verleugnen und stattdessen das Selbstgefühl in Beziehungen mit dem Ziel zu replizieren, eine Welt zu schaffen, die diesem Gefühl entspricht, die ihr aufzeigt, wie schwach, kraftlos und wertlos sie ist und sie nur „überlebt“, indem sie um Anerkennung ringen muß (Celani, 1976). Dennoch wäre dies kein Grund gewesen, psychiatrisch auffällig zu werden. Erst mit der ungewollten Schwangerschaft und in Zusammenhang mit den traumatischen Entwicklungen in der Ehe, schienen die Ressourcen der Patientin an ein Ende zu kommen: Die Übernahme der Mutterrolle und der Aufbau der eigenen Familie scheint gescheitert. Tyrer (1989) betont die Komorbidität zwischen ausgeprägten Anpassungsstörungen mit Persönlichkeitsstörungen. Auch die im Anschluß angetretene „Flucht nach vorne“ in Beziehungen „mit romantischer Verschnörkelung“ brachte keine Lösung. Im Zusammenhang mit den dramatischen Umständen kam der depressive Rückzug, die psychischen Beschwerden nahmen zu, die Situation eskalierte! Die Patientin entwickelt eine Reihe von ängstlich/depressiven Beschwerden, aber auch multiple somatoforme Beschwerden werden berichtet.

Scheinen die Symptome einzeln für sich genommen schwer beeinträchtigend, werden doch typische syndromale Konfigurationen für die Klassifikation psychischer Störungen auf der Achse 1 des DSM-IV oft nicht gefunden. Darüber hinaus moderiert die prämorbid. Persönlichkeitsstruktur die Ausgestaltung der psychischen Beschwerden derart, daß dem Kliniker ein imponierendes Bild vorschwebt, welches bei Shapiro (1991) prägnant beschrieben wird: Im Vordergrund stehen dabei

- die **impressionistische Wahrnehmungsweise** (Unfähigkeit zur andauernden und intensiven Konzentration; Ablenkbarkeit und Beeindruckbarkeit; kompensierte Lücken im Faktenwissen; das Erleben ist von unzureichend strukturierten Inhalten gekennzeichnet),
- die **romantische Haltung** des Hysterikers (extremes Schwarz-Weiß-Denken, nicht nach etwas Suchen, sondern sich überraschen lassen, kaschierte Verarmung in der Ich-Entwicklung, Leben als Spiel, „la belle indifference“),
- **Hysterische Emotionen** (Kombination von affektiver Explosivität einerseits und Gehemmtheit der nichtexplosiven Affekte und Verhaltensweisen andererseits).

Die klassifikatorische Diagnose von Persönlichkeitsstörungen allgemein und histrionischer Störung nach DSM-IV (Saß et al., 1996) ist trotz der eindrucksvollen Darstellung der Störungsbilder schwierig, was vor allem in Zusammenhang mit diagnostisch-methodischen Aspekten steht und derzeit intensiv erforscht wird (vgl. Davis et al., 1993; Livesley et al., 1992; Loranger, et al., 1991; Trull, 1992).

Auf symptomatischer Ebene treten über ängstlich/depressive Beschwerden häufig multiple somatoforme Beschwerden und/oder Interaktionsprobleme (Übersicht bei Fiedler, 1998) auf.

Die persönliche Ausgestaltung der Symptome und ihre oft atypischen Verläufe korrespondieren mit langwieriger und vielseitiger Beanspruchung ärztlicher und psychologischer Hilfe, die sich in extremen Fällen zu einer chronisch-psychiatrischen Karriere mit psychosozialen Implikationen (z. B. Berentung) zuspitzt. So ist die Patientin trotz jahrelanger therapeutischer Bemühungen derzeit nicht imstande, ihren Beruf auszuüben, oder befriedigende Beziehungen einzugehen.

Für Behandlung und Umgang mit diesen Patienten stellen sich zumindest drei beachtenswerte Schwierigkeiten:

- a) Ist die Störung Ausdruck von tiefergehenden Interaktions- und Beziehungsstörungen, so wird die therapeutische Interaktion ebenfalls dadurch beeinträchtigt sein (vgl. Übersicht in Fiedler, 1998, und bei Mentzos, 1980). Die Ausgestaltung des entsprechenden therapeutischen Klimas in der Interaktion gehört unabhängig von ideologischen Differenzen zwischen therapeutischen Anschauungen bei dieser Störung vorrangig betrachtet (vgl. beispielsweise Rudolf, 1992; Haas, 1987). Chodoff (1982) vergleicht den Therapeuten mit einem urzeitlichen Priester, der Tag und Nacht seine Aufmerksamkeit seiner Gottheit schenkt, schläft er allerdings ein, so muß er sterben, wobei Chodoff meint, daß es zu massiver, unrealistischer Auf- und Abwertung des Therapeuten durch den Patienten kommt, die von dem Ausmaß der Aufmerksamkeit des Therapeuten für den Patienten abhängt. Einen Ausdruck dieser Phänomene findet man auch in der Therapiegeschichte dieser Patientin.
- b) Das „histrionische Element“ der Störung selbst stellt meist einen lebenslang sozialisierten Prozeß, im Sinne einer schlechten Passung zwischen dem programmierten Verhalten und den Anforderungen der Umwelt dar, und nicht eine zeitlich begrenzte Modifikation des kognitiven Stils, wie sie etwa bei Depressiven vorkommt. Veränderungen dieser Komponenten sind schwer möglich und, wenn überhaupt, nur sehr langsam durchführbar (vgl. Beck, Freemann et al., 1993).
- c) Therapeutische Interventionen resultieren, stärker als bei anderen psychischen Störungen, aus einem individuellen Verständnis der Lern- und Problemgeschichte in Kombination mit Ziel- und Zukunftsperspektiven. Dazu stellt Slavney (1990) für diese Störung ein perspektivisches Konzept in den Vordergrund: Hysterie ist als Ausdruck von dem, „*was jemand zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist*“, zu verstehen und nicht, „*was jemand hat*“. Dies beinhaltet verschiedene Analyseebenen: Hysterie als Krankheit, als Dimension, als Verhalten und Interaktion und als lebens-

geschichtliche Entwicklung. Darüber hinaus erscheinen biologische Grundlagen (Shields, 1982), Blockierungen in der Selbstorganisation und unrealistische Zielperspektiven ebenfalls von Bedeutung zu sein (vgl. dazu heuristisches Modell hysterischer Störungen von Herzog et al., 1998, S. 339).

Ziel der Behandlung ist nach Chodoff (1982, S. 284) „... *to provide a kind of interpersonal ambience within which a caricature of femininity may progress towards humanness*“. Stellt man aber realistischere Ziele in der Therapie („Sicherung der beruflichen und sozialen Existenz, Förderung von Selbstorganisationsprozessen in der Interaktion mit anderen und der Auseinandersetzung mit sich selbst“), so erscheint auf dem Hintergrund der Weiterentwicklung von Interventionsstrategien (vgl. Beck, Freeman et al., 1989; Pretzer & Fleming, 1989; Turkat, 1991) eine Behandlung durchaus zielführend.

#### 4 Die Therapiegeschichte der Patientin

Mit Beginn der Panikattacken in der Ehe (1984) begab sich die Patientin in Psychotherapie bei einem niedergelassenen Gesprächspsychotherapeuten. Dieser behandelte sie ausgehend von den damaligen Eheproblemen. Bis heute pflegt die Patientin Kontakt mit diesem Therapeuten. Aus einer therapeutischen Beziehung wurde auf Drängen der Patientin hin nach einigen Jahren eine persönliche Freundschaft. Mit Beginn der freundschaftlichen Beziehung lehnte der Therapeut die weitere Therapie ab, und so suchte die Patientin eine andere Gesprächstherapeutin auf, bei der sie weitere 200 Stunden Therapie absolvierte. Im Rahmen der klinisch-psychiatrischen Behandlung wurde sie von einem Psychiater in verhaltenstherapeutischer Ausbildung betreut, der aber aufgrund der Komplexität die weitere psychotherapeutische Behandlung ablehnte. Derzeit wird sie von einem Psychiater, der als angesehener Verhaltenstherapeut und Individualpsychologe gilt und als Autorität auf dem Gebiet bekannt ist, betreut.

Das Gefühl von einer so „bedeutenden Persönlichkeit“ ernst genommen zu werden, stärkt die Patientin in ihrem Selbstwertgefühl. Schon das „Warten auf den Therapeuten vor Beginn der Stunde“ erlebt die Patientin als lustvoll und selbstwertstärkend.

In der Therapie verlangt die Patientin ständige Grenzüberschreitungen: Sie möchte den Therapeuten jederzeit anrufen dürfen und so das Gefühl haben, man kümmere sich mit ganzem Einsatz, Tag und Nacht, um sie. Der Therapeut solle sich, so fordert sie, stärker als Person mit seinen Ängsten,

Gefühlen und Problemen in die Therapie einbringen. Andererseits muß er so viel Professionalität besitzen, um die Patientin „aushalten zu können“. Er muß sich einfühlen, aber gleichzeitig auch Grenzen setzen können. So formuliert sie, sei es ihr Ziel „realistischere Strukturen“ im Alltag aufzubauen, sowohl was Arbeit und Familie, vor allem aber was den Umgang mit anderen Menschen (und wahrscheinlich auch den Umgang mit sich selbst) betrifft. Derzeit leide sie noch an allzu intensiven Beziehungen oder aber an Beziehungslosigkeit.

Ich stellte überrascht fest, daß ich auch stark sein kann. Irgendwo in meiner Seele sitzt eine Kraft, die mich nicht untergehen läßt, die mir geholfen hat, immer wieder aufs Neue den Karren aus dem Dreck zu ziehen. Ich möchte lernen, mit dieser Kraft besser hauszuhalten, sie für mich und nicht gegen mich zu verwenden.

Ich will lernen – und das klingt für mich nach Überheblichkeit – stolz darauf zu sein, daß ich stark bin.

Warum ist es mir nicht gelungen, mein eigenes Wertsystem zu erstellen und mich daran zu messen?

Ohne Liebe gibt es kein Leben.

Ohne den bedingungslosen Vorschuß an Zuneigung, Vertrauen und Zutrauen, die einem Kind auf seinen Lebensweg mitgegeben werden sollten, ist das Leben eine Qual, ist der Weg steinig, gepflastert mit Unsicherheit, Angst, Trotz und Schmerz.

... es gibt den roten Faden, der ein Ereignis mit dem anderen verbindet. Es gibt ein Muster, das allem Geschehenen zugrunde liegt:

Es ist die Suche, das Sehnen nach Geborgenheit, nach Vertrauen und Heimat. Es ist der schmerzliche, weil unerfüllte, Wunsch, jemand könne mich irgendwo, irgendwann um meiner selbst willen lieben, ohne daß es dafür Bedingungen zu erfüllen gibt. Es ist das Warten auf Bestätigung von außen, auf Anerkennung, Lob, Zuwendung, auch auf Kritik, die Rechtfertigung zuläßt.

Es ist der hoffnungslos hoffnungsvolle Wunsch, jemand könnte kommen und die Leere, die mich von Kindheit an umgeben hat, vertreiben. Dabei ist es – ohne daß ich sagen könnte, warum – von größter Wichtigkeit, daß es ein Mensch „von draußen“ ist, der die Dornenhecke durchdringt.

## 5 Resümee

Diese nahezu „unmöglichen“ Forderungen an Therapie scheinen aus der lebensgeschichtlichen Perspektive der Patientin verständlich, stellen aber den Therapeuten vor schwierige Aufgaben. Den Großteil ihrer Energie wird die Patientin damit verschwenden, die „Selbstinszenierung“ aufrechtzuerhalten und einer tatsächlichen produktiven Veränderung entgegenzuwirken. Die „Beziehung zum Therapeuten krankt“ genauso wie die Bezie-

hung zu den anderen Menschen, aber es ist derzeit für Frau H. die einzige Möglichkeit, sich auf einen Menschen einzulassen. Die Patientin wird den „Bogen so weit spannen, wie es geht“, bevor sie den Mut aufbringt, etwas Produktives für sich zu tun. Aber nur konsequentes Verhalten von Seiten des Therapeuten wird es ihr möglich machen, für sich positive Schritte zu setzen.

Dabei werden folgende Prinzipien verfolgt:

- einfache und deutliche Botschaften des Therapeuten an den Patienten,
- bewußter Einsatz von positiver Verstärkung in der Interaktion,
- Aufbau von Veränderungsmotivation in Richtung der Bewältigung des Alltags und unmittelbarer Zukunftsgestaltung,
- explizite soziale Vereinbarungen (Contracting) mit deutlichen Zurechtweisungen,
- fortlaufende diagnostische Maßnahmen (Bedingungs-, Ziel- und Motivationsanalysen) und
- Evaluation therapeutischer Strategien.

Vor allem für den nicht allzu erfahrenen Therapeuten verlangt der Umgang mit so komplexen Störungen einzelfallbezogene Supervision.

## Literatur

- Beck, A.T., Freeman, A. & Associates (1989). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press. [dt. (1993). *Kognitive Therapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.]
- Chodoff, P. (1982). The Hysterical Personality Disorder: A psychotherapeutic approach. In A. Roy (Ed.), *Hysteria*. Chichester: J. Wiley & Sons.
- Celani, D. (1976). An Interpersonal Approach to Hysteria. *American Journal of Psychiatry*, 133 (12), 1414–1418.
- Davis, R.T., Blashfield, R.K. & Ross A.M. (1993). Weighting Criteria in the Diagnosis of a Personality Disorder: A Demonstration. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (29), 319–322.
- Freud, S. (1895). *Studien zur Hysterie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Fiedler, P. (1998). Persönlichkeitsstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Gehring, A. & Blaser, A. (1982). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI*. Bern: Huber.
- Haas, J.P. (1987). Bemerkungen zum sogenannten „Hysterie-Gefühl“. *Nervenarzt*, 59, 92–98.
- Herzog, G., Engelmann, S. & Zapotoczky, H.G. (1998). Hysterische Störungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

- Livesley, W.J., Jackson, D.N. & Schroeder, M.L. (1992). Factorial Structure of Traits Delineating Personality Disorders in Clinical and General Population Samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3), 432–440.
- Loranger, A.W., Lenzenweger, M.F., Gartner A.F., Susman V.L., Herzig, J., Zammit, G.K., Gartner, J.D., Abrams, R.C. & Young, R.C. (1991). Trait-State Artifacts and the Diagnosis of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48, 720–728.
- Meyer, V. & Chessier, E.S. (1971). *Verhaltenstherapie in der klinischen Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Mentzos, S. (1980). *Hysterie – Zur Psychodynamik unbewußter Inszenierungen. Geist und Psyche*. München: Kindler.
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
- Munford, P.R. & Liberman, R. (1982). Behaviour therapy of hysterical disorders. In A. Roy (ed.), *Hysteria*. Chichester: Wiley.
- Pretzer, J. & Fleming, B. (1989). Cognitive-Behavioral Treatment of Personality Disorders. *The Behavior Therapist*, 12 (5), 105–109.
- Rief, W. & Hiller, W. (1992). *Somatoforme Störungen*. Bern: Huber.
- Rudolf, G. (1992). Körpersymptomatik als Schwierigkeit der Psychotherapie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 37, 11–23.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (Hrsg.). (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Shapiro, D. (1991). *Neurotische Stile*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Shields, J. (1982). Genetical Studies of Hysterical Disorders. In A. Roy (Ed.), *Hysteria*. Chichester: J. Wiley & Sons.
- Slavney, P.R. (1990). *Perspectives on „Hysteria“*. Baltimore/London: The John Hopkins University Press.
- Süllwold, F. (1987). Hypochondrie und Hysterie als psychodiagnostische Kategorien. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 34 (3), 453–473.
- Süllwold, F. (1990). Zur Struktur der hypochondrischen und der hysteroiden Persönlichkeit. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 27 (4), 642–659.
- Thompson, D.J. & Goldberg, D. (1987). Hysterical Personality Disorder – The Process of Diagnosis and Experimental Settings. *British Journal of Psychiatry*, 150, 241–245.
- Trull, T.J. (1992). DSM-III-R Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality: An Empirical Comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3), 553–560.
- Turkat, I.D. (1991). *The Personality Disorders. A Psychological Approach to Clinical Management*. New York: Pergamon Press.
- Tyrer, P. (1989). *Classification of Neurosis*. London: John Wiley & Sons.
- Wilson-Barnett, J. & Trimble, M.R. (1985). An Investigation of Hysteria using the Illness Behaviour Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 146, 601–608.

## **Hypochondrie**

Silvia Schneider und Christiane Junkers, Dresden

### **Vorbemerkung**

Das Erscheinungsbild einer Hypochondrie ist gekennzeichnet durch eine starke Überzeugung oder Befürchtung, eine schwere körperliche Krankheit zu haben, ohne daß dafür objektiv ausreichende Anhaltspunkte vorliegen. Typischerweise werden körperliche Empfindungen oder Merkmale als Anzeichen der gefürchteten Krankheit bzw. sogar als Beweis für sie gedeutet. Die Krankheitsüberzeugung kann auch durch sorgfältige ärztliche Untersuchungen nicht dauerhaft beseitigt werden und führt zu einer chronischen Beschäftigung mit dem eigenen Körper. Im Gegensatz zur Somatisierungsstörung, bei der sich die Symptome selbst im Zentrum der Aufmerksamkeit befinden, steht hier die Beschäftigung mit der schweren Krankheit (z. B. Krebs, Aids), die hinter den Symptomen vermutet wird, im Vordergrund.

Bisher liegen noch keine zuverlässigen Angaben zur Prävalenz der Hypochondrie vor. Es wird jedoch von einer Verbreitung in der Allgemeinbevölkerung unter 1 % ausgegangen. Der Beginn der Störung liegt typischerweise im Alter zwischen 20 und 30 Jahren. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig von diesem Beschwerdebild betroffen. Der Verlauf einer unbehandelten Hypochondrie ist gewöhnlich chronisch.

Der vorliegende Fall wurde ausgewählt, da er exemplarisch für das Erscheinungsbild einer Hypochondrie ist. Die hypochondrischen Beschwerden des dargestellten Patienten nahmen ein solches Ausmaß an, daß alle Lebensbereiche davon berührt wurden. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen zur Behandlung der übermäßigen Krankheitssorgen brachte in vergleichsweise kurzer Zeit (25 Therapiesitzungen) deutliche Erfolge.



### *Biographische Angaben*

Herr C. wuchs als jüngstes Kind in einem Elternhaus mit fünf Geschwistern auf. Seine Eltern lebten in sehr einfachen Verhältnissen. Seinen Vater beschrieb der Patient als autoritären Menschen, der von seinen Kindern immer Gehorsam verlangte, die Mutter beschrieb er als kränkliche Frau, die ständig über Kopfschmerzen klagte. Gefühle wurden in seinem Elternhaus so gut wie gar nicht gezeigt. Zuwendung und Rücksichtnahme gab es vor allen Dingen, wenn eines der Kinder krank wurde. Dann kümmerte sich die Mutter aufopfernd um ihre Kinder. Herr C. war zum Zeitpunkt der Therapie 35 Jahre alt, seit zehn Jahren verheiratet und hatte zwei Kinder. Von Beruf war er Verwaltungsbeamter. Herr C. lebte mit seiner Familie in einem kleinen Dorf, in dem er auch schon geboren und aufgewachsen war. Mit seinen Eltern und Geschwistern stand er in regem Kontakt. Die Ehe mit seiner Frau beschrieb der Patient als gut, er zeigte sich jedoch sehr in Sorge um seine Familie, da seine Frau in den letzten fünf Jahren zweimal einen epileptischen Anfall erlitten hatte und sein jüngstes Kind psychomotorische Entwicklungsrückstände ohne organischen Befund aufwies.

## 1 Beschreibung der Störung

Herr C. wurde von seinem Neurologen eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen, und so meldete er sich zur Therapie. Er gab an, seit der Geburt seines behinderten Sohnes vor zwei Jahren an Schmerzen in verschiedenen Körperteilen, Schwindelgefühlen, Kribbeln und Taubheitsgefühlen insbesondere in Armen und Beinen zu leiden. Diese Symptome machten ihm große Angst. Zunächst ging er zu seinem Hausarzt, der ihn beruhigte und ihm mehr Ruhe verordnete. Nachdem er bei der Arbeit Probleme mit einem Kollegen bekam, der ihm bei einer anstehenden Beförderung vorgezogen wurde, fühlte sich Herr C. körperlich noch schlechter. Seine Schmerzen traten häufiger auf und konnten ebenso wie der Schwindel tagelang anhalten. Herr C. las kurz darauf von einem Mann, der an multipler Sklerose gestorben war und dessen Symptome seinen Beschwerden sehr ähnlich waren. Er ging nun zu einem Neurologen und ließ sich dort erneut untersuchen. Eine körperliche Untersuchung ergab keinen auffälligen Befund. Herr C. zweifelte aber an der Diagnose und suchte andere Neurologen auf. Auch weitere Untersuchungen und eine Computertomographie konnten keine Hinweise auf neurologische Auffälligkeiten ergeben. Herr C. fehlte immer häufiger bei der Arbeit und suchte neben Fachärzten auch verschiedene Homöopathen auf. Er fing an, an der Sorgfalt der Ärzte zu zweifeln und informierte sich selbst aus der medizinischen Fach-

literatur. Seine Familie machte sich große Sorgen um ihn und befürchtete, daß er seine Arbeitsstelle verlieren könne.

Betrachtet man die Beschwerden des Patienten hinsichtlich der drei Ebenen Verhalten, Gedanken, Organismus, so ergibt sich folgende Darstellung:

#### *Verhaltensebene*

Intensive Beschäftigung mit körperlichen Symptomen; eingehendes Studium klinischer Fachliteratur; Vermeidung der Krankheitsangst durch wiederholtes Aufsuchen neuer Ärzte und Homöopathen und „Suche nach Beruhigung“ durch Fachleute; Vermeidung körperlicher Belastung.

#### *Gedankliche Ebene*

Fehlerhafte Interpretation körperlicher Erscheinungen (Schwindel ist Hinweis auf neurologische Erkrankung); feste Überzeugung, an einer ganz bestimmten neurologischen Erkrankung zu leiden; Zweifel an der Richtigkeit der durch die Ärzte erstellten negativen Befunde.

#### *Organismusebene*

Herr C. litt unter einer Reihe körperlicher Beschwerden (Schwindel, Taubheit, Stechen in der Schulter), in deren Vordergrund Schmerzen in verschiedenen Körperteilen standen. Die Symptome verstärkten sich jeweils nach beruflichen oder familiären Belastungssituationen.

Diese Verhaltensweisen und Symptome bilden das typische Erscheinungsbild einer Hypochondrie. Psychologische Interventionen erschienen dringend notwendig, da die Symptomatik des Patienten sich so weit ausgedehnt hat, daß sie ihn in seinen beruflichen und familiären Aktivitäten massiv beeinträchtigte.

## 2 Differentialdiagnostik

Mit Hilfe des „Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen“ (Margraf, Schneider & Ehlers, 1991) wurde bei Herrn C. folgender klinischer Befund exploriert: Im Zentrum der Symptomatik standen körperli-

che Beschwerden, die Herr C. mit einer neurologischen Erkrankung, nämlich multipler Sklerose, in Verbindung brachte und die ihn stark ängstigten. Trotz mehrerer sorgfältiger medizinischer Untersuchungen, die alle keine auffälligen Befunde ergaben, hielt bei dem Patienten die Furcht an, an multipler Sklerose zu leiden. Er beschäftigte sich intensiv mit seinen Beschwerden und suchte immer wieder neue Ärzte und Homöopathen auf. Diese Verhaltensweisen und die Symptomatik sind das typische Erscheinungsbild einer Hypochondrie. Zur Abgrenzung vor der Somatisierungsstörung war bedeutend, daß der Patient an einer festen Krankheitsüberzeugung festhielt, während bei einer Somatisierungsstörung viele verschiedene und wechselnde Symptome geschildert werden, die nicht direkt in Verbindung mit einer schweren Krankheit gebracht werden müssen und das Gefühl von „kränklich sein“ vorherrscht. Eine Abgrenzung zur Panikstörung, bei der auch eine Furcht vor körperlichen Symptomen besteht, ergab sich aus der Tatsache, daß es sich bei den Symptomen nicht um klar abgrenzbare Perioden intensiver Angst handelte. Ein weiterer Hinweis gegen die Diagnose Panikstörung ergab sich auch aus der Zeitperspektive der befürchteten Krankheiten: während Hypochonder eher mittelfristige Befürchtungen hegen (z. B. multiple Sklerose, Krebs), glauben Panikpatienten an eine unmittelbar bevorstehende körperliche Katastrophe (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt).

Die Ergebnisse einer klinischen Fragebogenbatterie stimmten mit den Angaben in dem diagnostischen Interview überein. In dem Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (Ehlers, Margraf & Chambless, 1993) wies der Patient hohe Werte auf (2,8). Auf der Symptom-Checkliste (SCL-90, Frauke, 1995) zeigte der Patient auf der Skala „Somatisierung“ mit 2,3 einen deutlich erhöhten Wert. Im Fragebogen zur Belastung und Einschränkung infolge der Hypochondrie gab der Patient an, sich in den Bereichen Arbeit und Familie massiv beeinträchtigt zu fühlen, im Freizeitbereich eine mäßige Beeinträchtigung.

Obwohl Herr C. schon viele medizinische Untersuchungen hinter sich hatte, wurde er zur gründlichen Abklärung der somatischen Differentialdiagnose gebeten, einen kooperierenden ärztlichen Kollegen zu konsultieren. Zu diesem Termin sollte er möglichst alle Unterlagen seiner bisherigen Untersuchungen mitbringen, damit sie der Arzt einblicken konnte. Auch die erneute medizinische Untersuchung ergab, daß der Patient organisch völlig gesund war.

---

*Diagnose nach DSM-IV*

Primärdiagnose: Hypochondrie (300.70, ICD-10: F45.2)

### 3 Erklärungsmodell

Mit dem Ziel, ein plausibles Erklärungsmodell für das Störungsbild des Patienten zu erstellen, wurden detailliert prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren herausgearbeitet.

Als Prädisposition für die Entwicklung der Hypochondrie waren die schon oben erwähnten Lernerfahrungen aus dem Elternhaus zu sehen. Der Patient machte hier wiederholt die Erfahrung, daß er durch körperliche Beschwerden Zuwendung bekommen konnte. Er hatte zudem nie gelernt, über Belastungen bzw. generell über Gefühle zu reden.

Herr C. schilderte den Beginn seiner Beschwerden als zeitlich parallel zu vielfältigen Belastungssituationen in seiner Familie: Seine Frau, die seit fünf Jahren an epileptischen Anfällen litt, die Geburt eines Sohnes, bei dem psychomotorische Entwicklungsrückstände festgestellt, jedoch nicht eindeutig diagnostiziert wurden, und berufliche Probleme (nicht vollzogene Stellenbeförderung). Herr C. berichtete, zu dieser Zeit dauerhaft unter Anspannung gestanden und ständig damit gerechnet zu haben, eine neue Schreckensmeldung zu bekommen. Die ersten Anzeichen seiner Krankheit bemerkte Herr C. auf dem Höhepunkt dieser Belastungsserie während eines Ausflugs mit seinem Kegelclub nach Hamburg. Während der Busfahrt nahm er Schwindel und Taubheitsgefühle in den Armen wahr. Zunächst machte er sich keine Sorgen über die Beschwerden und brachte sie mit Kreislaufproblemen aufgrund der langen Fahrt in Verbindung. Doch auch in der folgenden Woche traten die Symptome wiederholt auf. Nach zwei Wochen ging er zu seinem Hausarzt, der ihm mehr Ruhe und Entspannung verordnete, aber versicherte, daß er organisch gesund sei. Ein paar Tage später las Herr C. in einer Zeitschrift zum ersten Mal von der Krankheit multiple Sklerose. Die dort beschriebenen Symptome wie Schwächegefühl, Taubheit und Kribbeln in Körpergliedern kamen ihm alle sehr bekannt vor, und er fing nun an, sich Sorgen zu machen, ebenfalls an dieser Krankheit zu leiden oder vielleicht gerade im Begriff zu sein, eine solche Krankheit zu entwickeln. Es begann für Herrn C. eine Odyssee durch die verschiedensten medizinischen Einrichtungen, die ihm alle bescheinigten, organisch gesund zu sein. Aber schon kleinste Anmerkungen von Ärzten, die Entwicklung einer solchen Krankheit niemals völlig ausschließen zu

können, ließen bei dem Patienten sofort wieder Zweifel an seinem Gesundheitszustand aufkommen.

Die Aufrechterhaltung der Gesundheitssorgen von Herrn C. kann in Form eines Teufelskreises (vgl. Salkovskis, 1989) dargestellt werden. Nachdem Herr C. in einer Zeitschrift über die Krankheit multiple Sklerose gelesen hatte, begann er, alle Veränderungen und Empfindungen (z. B. Kribbeln, Gefühl der Taubheit) seines Körpers als Hinweis auf die gefürchtete Krankheit zu interpretieren. Er nahm dies als gefährlich wahr und reagierte auf der kognitiven Ebene angespannt, auf der physiologischen Ebene mit Erregung und auf der emotionalen Ebene mit Angst. Es wurden so autonom regulierte Körperprozesse verstärkt, er wandte seinem Körper mehr Aufmerksamkeit zu und begann, sich ständig zu kontrollieren und seinen Körper auf ungewöhnliche Körpersensationen hin zu überprüfen. Diese Verhaltensweisen führten zu einer ständigen Präokkupation mit wahrgenommenen Veränderungen von körperlichen Zuständen, die dann von ihm wiederum als Bestätigung der gefürchteten Krankheit, multiple Sklerose, interpretiert wurden. An dieser Stelle begann der Kreis jedes Mal von neuem.

Langfristig gesehen kam als weiterer aufrechterhaltender Faktor der Krankheitsangst seine stark ausgeprägte „Suche nach ärztlicher Beruhigung“ hinzu. Die wiederholten Arztbesuche verhinderten eine Habituation an seine Krankheitsangst und verstärkten sie stattdessen. Er lernte hier, daß seine Angst nur über die ärztliche Versicherung, er sei gesund, kurzfristig reduziert werden konnte. In der Folge wurde sein Bedarf nach beruhigenden ärztlichen Äußerungen zunehmend stärker, während die Phasen der Beruhigung immer kürzer anhielten. Neben der ärztlichen Beruhigung traten bei dem Patienten mit der Zeit noch andere Verhaltensweisen auf, die alle zum Ziel hatten, ihn in seiner Krankheitsfurcht zu beruhigen. So kam er mit Bekannten in Alltagsgesprächen immer wieder auf das Thema multiple Sklerose zu sprechen und wollte von ihnen beruhigende Äußerungen hören (etwa ein Bekannter, der als Krankenpfleger arbeitete, mußte mehrmals die Beschwerden von Patienten, die an multipler Sklerose litten, schildern und dem Patienten versichern, daß seine Beschwerden damit nichts zu tun hätten).

Weiterhin begann der Patient, aus Angst vor dem erneuten Auftreten von Schwächegefühlen Sport zu vermeiden. Während Herr C. früher sehr viel gejoggt und Tennis gespielt hatte, gab er im Laufe seiner Krankheit diese Betätigungen völlig auf und war in einem dementsprechend schlechten Trainingszustand; schon nach kleinsten körperlichen Beanspruchungen empfand er ein Gefühl von körperlicher Schwäche. Dieses Vermeidungsverhalten trug somit zur Verstärkung seiner Beschwerden bei.

Als entscheidend für die Aufrechterhaltung der Hypochondrie können folgende Verhaltensweisen des Patienten angesehen werden: (1) Aufmerksamkeitszuwendung des Patienten hin auf körperliche Vorgänge, (2) die fehlerhafte Interpretation dieser Vorgänge als Hinweis auf die gefürchtete Krankheit und das damit einhergehende (3) Vermeidungsverhalten (hier vor allem die Arztbesuche). Die Behandlung setzte entsprechend an allen drei Elementen an.

## 4 Interventionsprinzip

### Therapieplanung

Zur Planung und Vorbereitung der Therapie wurden mit dem Patienten gemeinsam Ziele der Therapie festgelegt. Diesem Punkt wird in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung der Hypochondrie ein zentraler Stellenwert beigemessen (vgl. Salkovskis, 1989), insbesondere wenn der Patient stark an der körperlichen Verursachung seiner Beschwerden festhält, was bei Herrn C. der Fall war. Als vorbereitender Schritt wurde zunächst eine positive psychologische Definition des Problems des Patienten angestrebt. Herrn C. wurde angeboten, in der Therapie gemeinsam mit der Therapeutin nach einer psychologischen Alternativerklärung für seine körperlichen Beschwerden zu suchen.

Nachdem der Patient nach anfänglicher Skepsis gegenüber einer Psychotherapie sich selbst eingestehen mußte, daß seine bisherigen Umgangsformen mit seinen Beschwerden (z. B. wiederholte Arztbesuche, gesunde Ernährungsweise, Studium von Fachliteratur) langfristig ohne Effekt geblieben waren, fand er sich bereit, das Behandlungsangebot anzunehmen.

Es wurde vereinbart, daß der Patient während der psychologischen Behandlung möglichst keine medizinische Hilfeleistungen im Zusammenhang mit seinen Beschwerden in Anspruch nehmen sollte. Als vorrangiges Ziel in der Behandlung wurde die kognitive Bearbeitung der übermäßigen Krankheitssorgen festgelegt, weil diese für den Patienten einen hohen Leidensdruck ausübten. Da Herr C. zudem nicht über adäquate Umgangsformen mit Streß verfügte, sollte als späteres Therapieziel ein Streßbewältigungstraining durchgeführt werden.

## Veränderung der Krankheitssorgen

Zunächst wurde Herr C. dazu angehalten, genau zu beobachten, wann seine Beschwerden auftauchten, was ihm währenddessen durch den Kopf ging und wie er sich daraufhin verhielt. Als Hilfsmittel diente hier das Protokollieren in einem Tagebuch, das der Patient jedes Mal im Anschluß an die Beschwerden ausfüllte. Es zeigte sich, daß Herr C. seinen Körper ständig nach ungewöhnlichen Empfindungen absuchte. Bei wahrgenommenen körperlichen Veränderungen fing er sofort an, sich deswegen zu ängstigen und ein starkes Bedürfnis nach ärztlicher Beruhigung zu entwickeln. Durch die zusätzliche Sorge um seine Frau und sein Kind befand sich somit der Patient auf einem dauerhaft erhöhten Erregungsniveau.

Im weiteren wurde der Patient noch einmal über den Verlauf seiner Beschwerden befragt. Anhand der Methode des „geleiteten Entdeckens“ wurde herausgearbeitet, daß der Beginn seiner Krankheitsangst zeitlich parallel zu einem für ihn belastungsreichen Lebensabschnitt lag. Als weiterer Schritt wurde der o. g. Teufelskreis als Erklärungsmodell in Bezug zu seiner individuellen Biographie gesetzt. Besonderes Gewicht wurde auf die Bedeutung von Aufmerksamkeitszuwendung für die Verstärkung der Symptome gelegt. Es ging nun weiterhin darum, gezielt Erfahrungen und Argumente zu sammeln, die für oder auch gegen die Alternativerklärung sprachen.

In den folgenden Sitzungen wurden die wichtigsten hypochondrischen Befürchtungen des Patienten mit Hilfe eines Korrekturschemas zur Reattribution der Interpretationen der gefürchteten körperlichen Vorgänge angegangen (vgl. Margraf & Schneider, 1990). Als erste Befürchtung wurde die Sorge, an einer neurologischen Krankheit bzw. multipler Sklerose zu leiden besprochen. Der Patient wurde befragt, wie stark er *während* und *außerhalb* der Beschwerden davon überzeugt sei, an einer neurologischen Erkrankung zu leiden. Er gab eine Überzeugung von 100 % während und 80 % außerhalb der Beschwerden an. Als nächster Schritt sollte der Patient alle Gründe nennen, die seiner Meinung nach für die neurologische Erkrankung sprachen. Der Patient nannte u. a. „die Symptome sind denen einer multiplen Sklerose ähnlich“, „ein Arzt habe ihm gesagt, daß man nie ausschließen könnte, an multipler Sklerose zu erkranken“, „die Symptome kämen schubweise“, „die Symptome träten auch ohne Anspannung auf“. Nachdem der Patient keine weiteren Gründe für seine Befürchtung nennen konnte, wurde er aufgefordert, alle Gründe zu sammeln, die seiner Meinung nach gegen seine Befürchtung sprachen. Dieser Punkt fiel dem Patienten erwartungsgemäß deutlich schwerer. Er zählte die vielen Arztbesuche auf, bei denen sich niemals ein anhaltender positiver Befund ergeben

hatte. Außerdem wunderte ihn, daß früher beim Tennis die Symptome verschwunden waren.

Es wurden nun alle Argumente für und gegen eine Krankheit ausführlich diskutiert. Besonders wichtig erschien hierbei eine ausführliche Diskussion des Punktes, eine 100 %ige Zusicherung vom Arzt zu erwarten, nie an einer schweren Krankheit zu erkranken. Dem Patienten wurde an dieser Stelle verdeutlicht, daß kein Mensch diese Sicherheit habe und jeder mit dem Risiko zu erkranken lebe. Herrn C. wurde in diesem Zusammenhang deutlich, daß auch sein Streben nach größtmöglicher Sicherheit nie zu einer wirklichen Beruhigung führte, ihn in seiner Lebensführung (z. B. durch ständige Arztbesuche) vielmehr deutlich einschränkte.

Um dem Patienten die Rolle der Aufmerksamkeitszuwendung auf körperliche Vorgänge zu verdeutlichen, wurde mit ihm eine Reihe von Verhaltensexperimenten durchgeführt. U. a. wurde der Patient dazu aufgefordert, seinen Arm für fünf Minuten genau zu beobachten und zu prüfen, ob er nicht ein Kribbeln oder ein taubes Gefühl wahrnehmen könnte. Er wurde darauf hingewiesen, so genau wie möglich seinen Arm zu beobachten, um wirklich jede Veränderung festzustellen. Der Patient konnte nach fünf Minuten tatsächlich ein Kribbeln in seinen Fingerspitzen beobachten. Dem Patienten wurde jetzt erläutert, daß durch eine dauerhafte Beschäftigung mit dem Körper Symptome produziert werden könnten. Dies sei vergleichbar mit einem Phänomen, von dem junge Eltern häufig berichten: Durch ihre Sorge, ihr Baby auch rechtzeitig schreien zu hören, nähmen sie auf dem Hintergrund einer allgemeinen Geräuschkulisse vermeintliche Geräusche ihres Babys wahr, die es in Wirklichkeit gar nicht gemacht habe. Dieses Beispiel konnte Herr C., der selbst zwei Kinder hatte, gut nachvollziehen.

Darüber hinaus wurde Herrn C. erklärt, daß man nicht immer jede Körperempfindung erklären könne und daß dies auch nicht notwendig sei. Ziel müsse sein, nicht mit jeder wahrgenommenen körperlichen Empfindung in eine Gedankenkette hinsichtlich einer möglichen zugrundeliegenden Erkrankung zu geraten. Nachdem über mehrere Therapiestunden alle Argumente für und wider die Krankheitsbefürchtungen des Patienten diskutiert worden waren, sollte er noch einmal einschätzen, wie stark er von der Krankheitsinterpretation und von der psychologischen Alternativklärung überzeugt sei. Der Patient gab an, nur noch zu 5 % an seine Krankheitsinterpretation zu glauben und zu 95 % an die Alternativinterpretation. Diese Einschätzung konnte als zufriedenstellend betrachtet werden, und es wurde nun der zweite Teil der Therapie begonnen.



## Streßbewältigungstraining

Da sich in der diagnostischen Phase Probleme von Herrn C. im Umgang mit Streßsituationen gezeigt hatten, sollte ein adäquater Umgang mit Streß erlernt werden. Der Patient hatte bereits begonnen, an einer Entspannungsgruppe teilzunehmen. Ein Problem zu Beginn in der Entspannungsgruppe war, daß Herr C. durch die Entspannung noch besser in der Lage war, Körperprozesse wahrzunehmen, was regelmäßig seine Krankheitsfurcht reaktivierte. In der Einzeltherapie wurden diese Probleme besprochen und im Sinne des oben erwähnten Modells erklärt. Im Einklang mit der Habituationstheorie konnte Herr C. diese Körpervorgänge mit der Zeit zunehmend tolerieren, so daß er sich am Ende der Entspannungsgruppe gut auf die Übungen einlassen konnte.

Neben der Einübung in progressiver Muskelrelaxation wurde mit Herrn C. ein Problemlösetraining durchgeführt. Anhand einer schwierigen Situation aus seinem Berufsleben wurden mit dem Patienten exemplarisch folgende Schritte besprochen. 1. Was ist das Problem?, 2. Problem- und Zieldefinition, 3. Brainstorming der Lösungsmöglichkeiten, 4. Diskussion der einzelnen Strategien, 5. Entscheidung für eine Strategie, 6. Planen, wie die ausgewählte Strategie am besten verwirklicht werden kann, 7. Rückblick und Bewertung. Als Hausaufgabe sollte der Patient anhand weiterer schwieriger Situationen das Problemlöseverfahren einüben, um es so bei zukünftigen belastenden Situationen effektiv anwenden zu können. Der Patient absolvierte diese Hausaufgabe ohne Schwierigkeiten.

Schließlich wurde mit Herrn C. eine Analyse logischer Fehler durchgeführt. Insbesondere in Belastungssituationen zeigte er verstärkt Gedanken wie „ich bin ein Versager“, „ich schaffe das nicht“, „mir gelingt nie etwas“. Gemeinsam mit Herrn C. wurden anhand eines Sokratischen Dialogs angemessenere Gedanken zur Streßbewältigung entwickelt (z. B. „ich schaffe das schon“, „ich muß nicht alles können“).

## Rückfallprophylaxe

Zum Abschluß der Therapie wurde der Patient gebeten, alle Fertigkeiten und alle ihm wichtigen Ereignisse aus der Therapie schriftlich festzuhalten. Der Patient nannte als eine für ihn neue Erfahrung, daß er erleben konnte, wie durch Streß und durch Aufmerksamkeitswendung auf körperliche Vorgänge neue Symptome entstehen könnten. Er betonte, wie wichtig es für ihn war, eine Erklärung für seine Empfindungen bekommen zu ha-

ben. Außerdem war ihm hilfreich zu erkennen, daß man sich an diese Symptome gewöhnen konnte und sie folglich nicht mehr beängstigend waren.

Herr C. wurde noch einmal aufgefordert einzuschätzen, wie stark er momentan daran glaube, an einer neurologischen Erkrankung zu leiden. Er gab 2 % an und fügte hinzu, daß generell seine Furcht vor Erkrankungen deutlich gesunken sei, da er erkannt habe, daß das Bestreben, eine Erkrankung möglichst früh zu entdecken, nicht verhindern könnte, schließlich doch an einer Krankheit zu sterben.

Der Patient wurde abschließend darauf hingewiesen, daß es wieder Zeiten geben könnte, in denen er sich sehr gestreßt und überfordert fühlt. Wichtig wäre dann, die gelernten Fertigkeiten aus der Therapie erneut anzuwenden und die Stresssituation problemorientiert anzugehen.

Herr C. fühlte sich bei Abschluß der Therapie gut. Er war über die gesamte Therapie zu keiner medizinischen Untersuchung gegangen und hatte auch keine Medikamente eingenommen. Er war deutlich entspannter, litt weniger unter der Sorge um seine Familie und sah neuen schwierigen Situationen zuversichtlich entgegen.

In der gegen Ende der Therapie noch einmal gegebenen Fragebogenbatterie bestätigte sich der klinische Eindruck. In dem Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen wies der Patient deutlich erniedrigte Werte auf (1,2). In der Symptom-Checkliste (SCL-90) zeigte er auf der Skala „Somatisierung“ ebenfalls einen niedrigen Wert (0,8). Im Fragebogen zur Belastung und Einschränkung infolge der Hypochondrie gab der Patient an, sich in den Bereichen Arbeit und Freizeit wenig, im familiären Bereich sich gar nicht beeinträchtigt zu fühlen.

## Katamnese

Zum katamnestischen Gespräch nach sechs Monaten kam Herr C. gutgelaunt und berichtete, daß die bisher angstausslösenden körperlichen Symptome für ihn ihre Schrecken verloren hätten. Seine berufliche Situation hatte sich entspannt, und er war vor drei Monaten befördert worden, nachdem er Rücksprache mit seinem Chef gehalten habe. Hinsichtlich der Sorge um den Entwicklungsrückstand seines Kindes suche er nun das für ihn hilfreiche Gespräch mit anderen betroffenen Eltern.

Bis zum Katamnesezeitpunkt zeigte sich der Therapieerfolg stabil, was als prognostisch günstig zu betrachten war. Eine zuversichtliche Prognose wurde auch dadurch unterstützt, daß der Patient über einen angemessenen Umgang mit Krankheit berichtete. Er bewertete eine mittlerweile auf-

getretene schwere Krankheit völlig neu und versuchte nicht mehr mit allen Mitteln, einer Krankheit vorzubeugen.

## 5 Resümee

Der Erfolg der Therapie läßt sich maßgeblich auf die intensive Reattribution der Interpretationen der gefürchteten körperlichen Symptome zurückführen, da sie zentral für die Aufrechterhaltung der hypochondrischen Sorgen waren. Als gewinnbringend hat sich darüber hinaus die Kombination mit einem Streßmanagement gezeigt. Dadurch konnte beim Patienten eine deutliche Streßreduktion erreicht werden, die wiederum das Auftreten der gefürchteten körperlichen Symptome minderte.

## Literatur

- Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (1993). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Frauke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Versionen (SCL-90-R)*. Göttingen: Beltz.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1990). *Panik – Angstanfälle und ihre Behandlung* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S., Ehlers, A. (1991). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Salkovskis, P.M. (1989). Somatic problems. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D. Clark, *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: University Press.

## Kapitel 14

# Eßstörungen

Karen Wise\* und Reinhold G. Laessle\*\*, Prien, Trier

## Einführung

Eßstörungen sind in den westlichen Industrieländern zunehmend zu einem psychosozialen Problem geworden. Obwohl hauptsächlich Frauen betroffen sind, scheint sich auch die Anzahl von betroffenen Männern zu vergrößern. Die Forschung bezüglich weiblicher Personen mit Eßstörungen scheint auf Männer übertragbar zu sein (Keel et al., 1998).

Eßstörungen können grob in drei Kategorien unterteilt werden: Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa und Adipositas (Übergewicht). Erst in den 70-er Jahren wurde Bulimie als ein eigenständiges Krankheitsbild beschrieben und nicht mehr als Teil der Anorexia nervosa betrachtet (Wise, 1994).

Auffälligstes Merkmal von Patienten mit einer Anorexia nervosa ist ein gravierender Gewichtsverlust, der bis zur lebensbedrohlichen Unterernährung führen kann. Die Gewichtsabnahme wird beim restriktiven Typus überwiegend durch eine strikte Reduktion der Kalorienaufnahme oder Hyperaktivität erreicht. Beim „Binge-Eating/Purging“ Typus treten zusätzlich Eßanfälle auf mit dem Versuch, ihnen durch Maßnahmen wie Erbrechen, Laxantien- und Diuretikaabusus entgegenzuwirken. Etwa 50 % der Anorektikerinnen entwickeln solche bulimischen Symptome (Bruch, 1985). Anorektische Patienten nehmen ihren Körper verzerrt wahr und bezeichnen sich selbst trotz ihres abgemagerten Zustandes als zu dick. Hungergefühle werden in der Regel nicht wahrgenommen oder geleugnet. Als Folge

---

\* Klinik Roseneck, Prien/Chiemsee

\*\* Universität Trier, Forschungsstelle für Psychobiologie und Psychosomatik

des Gewichtsverlustes tritt eine Vielzahl körperlicher Symptome auf wie z. B. Amenorrhoe, Hypothermie, Bradykardie.

Patienten mit Bulimia nervosa sind in der Regel normalgewichtig. Hauptmerkmal der Störung ist das wiederholte Auftreten von Eßanfällen, bei denen oft große Nahrungsmengen in kurzer Zeit konsumiert werden. Subjektiv besteht bei Eßanfällen häufig das Gefühl des Kontrollverlustes. Psychologisch am auffälligsten ist die übertriebene Bedeutung von Figur und Gewicht für das Selbstwertgefühl der Betroffenen. Zur Gewichtskontrolle werden Maßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienabusus und intermittierendes Diäthalten eingesetzt. Dadurch kann es trotz normalen Gewichtes zu biologischen Anpassungserscheinungen der Mangelernährung kommen (Laessle et al., 1987). Die Übergänge zwischen Anorexia nervosa und Bulimie können fließend sein, da auch bei Magersüchtigen in vielen Fällen Heißhungeranfälle auftreten und bulimische Patienten im Verlauf der Störung Phasen mit starkem Untergewicht zeigen können.

Übergewicht bzw. Adipositas wird nach DSM-IV nicht als psychische Störung klassifiziert, sondern gilt als rein somatische Erkrankung. Derzeit wird kritisch diskutiert, inwieweit Übergewicht als Folge einer Eßstörung auftritt oder als Konsequenz einer biologischen Prädisposition zu einem verringerten Energieverbrauch aufzufassen ist (Stunkard & Wadden, 1993). Klinische Erfahrungen legen eine Differenzierung zwischen verschiedenen Gruppen der Adipösen nahe.

Bei der Anorexia nervosa sind die Prävalenzraten je nach Stichprobe und diagnostischen Kriterien unterschiedlich, jedoch meist unter 1 % (Hoek, 1993; Hsu, 1990; Götestam & Agras, 1995). Bulimia nervosa kommt erheblich häufiger vor. Unter Zugrundelegung der DSM-IV Kriterien wurden Prävalenzraten von 1,1 % bis 2,4 % bei Frauen (Garfinkel et al., 1995; Pemperton et al 1996; Götestam & Agras, 1995; Westenhöfer, 1992) und 0,1 % bzw 0,2 % bei Männern gefunden (Pemperton et al 1996; Garfinkel et al., 1995).

Es wurde oft diskutiert, ob die Zunahme von Eßstörungen ein Artefakt ist, d. h., ob lediglich der Bekanntheitsgrad zugenommen hat. Dagegen spricht eine Untersuchung von Pope (1984), in der 300 Frauen aller Altersgruppen nach bulimischem Eßverhalten befragt wurden. Sie sollten retrospektiv angeben, ob sie jemals in ihrem Leben an bulimischer Symptomatik gelitten hatten. Je jünger die Befragten waren, desto häufiger berichteten sie über gestörtes Eßverhalten. Dieser Zusammenhang war nicht nur linear, sondern exponentiell. Bei den 13 bis 20 Jährigen war die Prävalenz mehr als dreimal so hoch als bei den 40 bis 64 Jährigen. Spätere Studien bestätigen diese Tendenz und zeigen eine Zunahme von Laxantien- und Appetitzügler-Mißbrauch. Wie läßt sich diese Tendenz erklären? Eßstörungen

entwickeln sich aus einer Wechselwirkung gesellschaftlicher, familiärer und individueller Faktoren. In den letzten Jahren scheinen sich zwei dieser Faktoren diametral entgegengesetzt entwickelt zu haben: Während sich das tatsächliche Körpergewicht im Vergleich zur Körpergröße in der Bevölkerung nach oben bewegt hat, hat sich die Norm für Schönheit deutlich nach unten entwickelt (Garner et al., 1980; Wiseman et al., 1992). Wunschbild und Wirklichkeit klaffen auseinander. Bei immer größer werdendem Nahrungsangebot wird mehr Wert auf eine schlanke Figur gelegt. Die resultierende Spannung ist am meisten zu spüren bei jungen Menschen, deren Selbstbild sich noch in der Entwicklung befindet.

Da man der Bulimie in der klinischen Praxis am häufigsten begegnen wird, wurde für die folgende Falldarstellung das Beispiel einer bulimischen Patientin ausgewählt, die typische Merkmale für die Entstehung und den Verlauf dieser Eßstörung aufweist. Unter anderem erfuhr die Patientin sexuelle Übergriffe, ein vermuteter, wenn auch umstrittener Risikofaktor für Eßstörungen (Pope & Hudson, 1992). Widersprüchliche Ergebnisse können vermutlich auf die unterschiedlichen Kriterien für sexuellen Mißbrauch zurückgeführt werden. Hastings und Kern (1994) fanden unter Anwendung restriktiver Definitionen einen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen Bulimie und sexuellem Mißbrauch in der Kindheit. Zudem fanden sie einen Zusammenhang mit einer konfliktreichen familiären Atmosphäre.

### *Biographische Angaben*

Die 19jährige Verkäuferin ist das jüngste von drei Kindern und wohnt noch bei den Eltern. Der Vater besitzt eine Sägemühle, in der der ältere Bruder arbeitet. Der jüngere Bruder ist verheiratet und wohnt in einem anderen Ort. Die Mutter ist Hausfrau und ordnet sich ihrem Mann unter. Ihr Leben besteht aus vielen Pflichten, für Vergnügen ist wenig Platz. Der Vater „regiert“ mit dem älteren Sohn die Familie und erwartet, daß die anderen Familienmitglieder tun, was er für richtig hält.

Am Anfang der Ehe hatte die Mutter versucht, sich durchzusetzen. Im Laufe der Jahre resignierte sie immer mehr. Auch ihrer Tochter riet sie, sich anzupassen. Weil es ihr aber nicht immer gelang, bekam Frau M. häufig vom Vater Prügel. Weil sie weniger Arbeit als die Männer in der Sägemühle leistete, bekam sie wenig Anerkennung in der Familie. Sie sagt: „Als Mädels habe ich nicht viel gezählt in der Familie“. Die Mutter tröstete sie mit Schokolade und versuchte, sie zu überzeugen, das sei alles nicht so schlimm. Der ältere Bruder ahmte den Vater nach und schikanierte Frau M. oft. Ab ihrem 10. Lebensjahr stellte er ihr oft nach und nutzte seine körperliche Überlegenheit aus, um sie „anzufassen“. Für sie war dieses

Verhalten äußerst erniedrigend. Besonders schlimm war der mangelnde Rückhalt bei den Eltern. Die Mutter verbat ihr, außerhalb der Familie darüber zu sprechen, und der Vater unterstellte ihr, sie wolle das so haben. Trotz dieser Verletzungen hat sie sich immer gewünscht, vom Vater und insbesondere von ihrem älteren Bruder anerkannt zu werden.

Durch zähes Verhandeln durfte sie auf die Realschule. Anschließend absolvierte sie eine Lehre als Hotelfachfrau, trotz der Bemühungen ihres Vaters und Bruders, sie zu einer Zimmermannslehre zu überreden. Sie ist sehr stolz, die Gesellenprüfung mit Auszeichnung bestanden zu haben. Vor einem Monat zog sie von zuhause aus, da die gespannte Atmosphäre für sie unerträglich geworden war. Darauf hat der Vater autoritär reagiert: „Du kommst wieder heim“. Die Mutter flehte sie an: „Bleibe mir zuliebe, ich habe sonst niemanden“. Zur Zeit des Therapiebeginns wohnte sie im Haushalt des jüngeren Bruders. Sie plante die Gründung eines eigenen Haushaltes, hatte aber Bedenken, die Mutter alleine zurück zu lassen.

## 1 Beschreibung der Störung

Die attraktive Patientin berichtet, daß das Problemverhalten sich bereits in der Kindheit bemerkbar gemacht habe. Wenn sie von der Schule nach Hause kam, wurde sie als erstes gefragt, ob sie etwas essen wollte. Abends im Bett naschte sie gerne Süßigkeiten, besonders dann, wenn sie sich nicht wohl fühlte. Auch nachmittags, wenn die Mutter nicht da war, neigte sie dazu, sich mit Schokolade zu trösten. Das Ergebnis war nicht überraschend: sie war als Kind übergewichtig.

Bis vor zwei Jahren wog die Patientin 88 kg bei einer Körpergröße von 160 cm. Als sie eines Tages ziemlich barsch auf ihr Gewicht angesprochen wurde, entschied sie sich abzunehmen. Durch Hungern und die Einnahme von Appetitzüglern nahm sie innerhalb von sechs Monaten 30 kg ab. Sie war sehr stolz, diese Gewichtsabnahme erreicht zu haben, merkte aber, daß sie Schwierigkeiten hatte, das Gewicht zu halten. Sie bekam eine unstillbare Lust auf all die Speisen, die sie sich nicht erlaubte. Es gelang ihr nicht mehr, die Menge ihrer Nahrungsmittel zu kontrollieren. Durch einen Zeitungsartikel erfuhr sie von Bulimie und fand diese Lösung optimal. Immer wenn sie zuviel gegessen hatte, hatte sie ein Mittel an der Hand, um gegenzusteuern. Die Heißhungeranfälle nahmen zu. Zeitweise aß und erbrach sie den ganzen Tag.

Als sie zur Therapeutin kommt, berichtet sie von täglich auftretenden „Eßanfällen“ mit anschließendem selbst-induzierten Erbrechen. Abführtablet-

ten nimmt sie nicht mehr. Zwischen den Heißhungeranfällen versucht sie, so wenig wie möglich zu essen, „um das alles wieder gut zu machen“. Während den Eßepisoden verzehrt sie leicht verdauliche, kohlenhydratreiche Nahrung wie Brot und Schokolade. Anschließend fühlt sie sich schlecht, da sie wieder „gesündigt“ hat. Sie empfindet ihr Eßverhalten als nicht „normal“ und leidet darunter.

Sie kommt jetzt in Therapie, da sie erkannt hat, daß sie etwas an ihrem Leben ändern muß, wenn sie die Bulimie überwinden will. Gespräche mit ihrer Hausärztin haben bereits zu einer leichten Verbesserung der Symptomatik geführt. Sie ist sehr motiviert, weiterhin ihr Eßverhalten zu ändern, und möchte lernen, wieder „frei und unbeschwert zu essen“.

Das problematische Verhalten kann auf verschiedenen Ebenen beschrieben werden:

#### *Motorische Ebene*

Die Patientin ißt erst mittags und dann sehr wenig (meistens ein Brot). Gegen abend kann sie sich nicht mehr zurückhalten und ißt große Mengen von Nahrungsmitteln, die sie anschließend wieder erbricht. Sie hat sich von vielen Bekannten zurückgezogen und hat wenig Interesse an früheren Aktivitäten.

#### *Emotionale Ebene*

Sie ist oft verzweifelt, haßt sich selbst und fühlt sich minderwertig und hilflos. Nach Eß- und Brechepisoden treten Scham und Schuldgefühle sowie Niedergeschlagenheit auf.

#### *Kognitive Ebene*

Die Gedanken kreisen ständig um das Essen. Dazu kommen selbstabwertende Kognitionen wie „ich bin so dick und häßlich, vor mir muß es jedem grausen“ oder „ich bin nicht wichtig, weil mich keiner beachtet“. Weitere dysfunktionale Gedanken sind: „ich darf meine Gefühle nicht zeigen, das würde Schwäche bedeuten“ und „ich muß ruhig sein und meine Meinung für mich behalten, sonst mag mich keiner“. In bezug auf das Essen denkt sie, „ich darf mich nicht satt essen, sonst werde ich unendlich zunehmen“.



### *Körperliche Ebene*

Die Patientin klagt über Kopf- und Rückenschmerzen, die sie auf ihre „krumme Haltung“ zurückführt. Muskelverspannungen im Schulter- und Nackenbereich sind feststellbar. Zudem leidet sie unter Verdauungsstörungen, Müdigkeit und Schwindel.

## 2 Differentialdiagnostik

In der Anamnese treten Phasen des Übergewichts sowie starken Hungers auf. Bevor die Patientin anfang zu hungern, erfüllte sie die Kriterien einer Adipositas. Zur Bestimmung des Ausmaßes des Übergewichts wird in der neueren wissenschaftlichen Literatur der Body Mass Index (BMI) herangezogen. Der BMI wird berechnet, indem das Körpergewicht in Kilogramm durch die quadrierte Körperlänge in Meter dividiert wird.

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht: kg}}{(\text{Körperlänge: m})^2}$$

Nach Bray (1987) liegt der Bereich des Normalgewichts für Frauen bei einem BMI zwischen 19 und 24. Übergewicht besteht bei einem BMI bis 30, Adipositas bei einem BMI größer als 30. Nach dieser Formel hatte die Patientin einen maximalen BMI von 34 in der Vorgeschichte, was ein erhebliches Übergewicht bedeutet (88 kg bei 160 cm Körpergröße).

Als die Patientin anfang zu fasten, entwickelte sie einige Verhaltensweisen, die auch für anorektische Patienten typisch sind. Sie achtete nicht mehr auf die körperlichen Signale von Hunger, sondern aß so wenig wie möglich, um eine schnelle Gewichtsabnahme zu erreichen. Obgleich als ihr Gewicht sich normalisiert hatte, fühlte sie sich weiterhin zu dick. Später blieb auch die Regelblutung aus, vermutlich aufgrund der bulimischen Symptomatik. Nachdem sie sechs Monate gefastet hatte, gelang es ihr nicht mehr, ihren Hunger zu unterdrücken. Wäre sie dabei „erfolgreicher“ gewesen, hätte sie unter Umständen eine restriktive Anorexie entwickelt. Ihr Bedürfnis nach Nahrungsmitteln hinderte sie jedoch daran, sich weiterhin mangelhaft zu ernähren.

Als Reaktion auf ihr gezieltes Eßverhalten begann sie übermäßig viel zu essen. Sie verschlang große Mengen Lebensmittel und fühlte sich außerstande, dieses Verhalten zu kontrollieren. Zur Zeit der Aufnahme in die Klinik erfüllte Frau M. alle Kriterien für die Diagnose einer Bulimia nervosa (DSM-IV 307.51):

- A. Sie leidet unter wiederholten Episoden von Eßanfällen
  - 1. Sie verzehrt in einem diskreten Zeitraum erheblich größere Mengen von Nahrungsmitteln, als die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
  - 2. Sie hat das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Eßverhalten zu verlieren.
- B. Gegensteuernde Maßnahmen werden eingesetzt, um eine Gewichtszunahme zu verhindern. Früher hat sie Laxantien benutzt, jetzt fastet sie und erbricht sich.
- C. Die Heißhungeranfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen mehr als drei Monate lang und im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
- D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluß auf Ihre Selbstbewertung.
- E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

Die Eßstörung wird als „Purging“-Typus bezeichnet, da die Patientin während der bulimischen Episode regelmäßig Erbrechen induziert. Andere Purging-Verhaltensweisen wie den Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistiere setzte sie nicht ein.

Weitere Diagnosen auf der klinisch-psychiatrischen Ebene lagen bei dieser Patientin nicht vor, allerdings ist bei bulimischen Patienten Komorbidität häufig zu beobachten. Klinisch relevante Depressionen treten beispielsweise häufig bei Patienten mit Bulimie auf, sind jedoch nicht spezifisch für diese Störung (Laessle, 1989).

Das DSM-IV sieht eine Diagnose auf fünf Achsen vor. Bulimia nervosa ist die Diagnose auf Achse I, d. h. auf der Ebene der klinischen Störungen. Die zweite Achse bezieht sich auf Persönlichkeitsstörungen. Obwohl Frau M. mangelnde soziale Fertigkeiten aufweist, ist der Grad ihrer Selbstunsicherheit nicht ausreichend, um die Diagnose einer selbstunsicheren Persönlichkeit zu rechtfertigen. Auf der dritten Achse werden medizinische Krankheitsfaktoren beurteilt. Anamnestisch weist unsere Patientin eine Adipositas vor. Achse IV bezieht sich auf psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme. Die Patientin leidet bereits seit längerem unter familiären Belastungen und unzulänglicher sozialer Unterstützung. Auf Achse V wird die globale Erfassung des Funktionsniveaus beurteilt. Auf den ersten drei Achsen erhielt Frau M. somit folgende Diagnosen:

Achse I:	Bulimia nervosa, „Purging“-Typus
Achse II:	–
Achse III:	Zustand nach Adipositas

Sowohl symptom-orientierte Verfahren wie auch ein Persönlichkeits- und ein Beschwerdefragebogen wurden diagnostisch eingesetzt. Die Eßstörung wurde durch die Selbstbeschreibungsfragebögen EDI (Eating Disorder Inventory) und FEV (Fragebogen zum Eßverhalten) erfaßt.

Der Persönlichkeitstest Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R (Fahrenberg et al., 1984) besteht aus 12 Skalen. Auf diesem Selbstbeschreibungsfragebogen schildert sich die Patientin als mit ihrem Leben extrem unzufrieden. Sie ist von Alltagsanforderungen stark beansprucht und leicht reizbar bei hoher emotionaler Labilität.

Der Beschwerdefragebogen Hopkins Symptom-Check-Liste SCL-90-R (Derogatis et al., 1974) erfaßt psychische und psychosomatische Symptome, die in der vorherigen Woche aufgetreten sind. Die 90 Items werden zu neun (plus drei übergeordneten) Dimensionen zusammengefaßt. Frau M. erzielte extrem hohe Werte auf den Skalen „Zwanghaftigkeit“, „Soziale Unsicherheit“ und „Depressivität“.

Das EDI Eating Disorder Inventory (Garner et al., 1983) erhebt Symptome, die relevant für Eßstörungen sind. Acht Dimensionen werden beschrieben.

Der Fragebogen zum Eßverhalten FEV (Pudel & Westenhöfer, 1989) ist die deutsche Version des Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) von Stunkard und Messick (1985). Er mißt drei Dimensionen des Eßverhaltens: (1) Kognitive Kontrolle des Eßverhaltens, gezügeltes Eßverhalten, (2) Störbarkeit des Eßverhaltens und (3) erlebte Hungergefühle.

Auf allen Skalen des EDI und des FEV erreicht Frau M. sehr hohe Werte, die ein extrem gestörtes Eßverhalten anzeigen.

### 3 Erklärungsansatz

Eine Eßstörung ist eine persönliche Antwort auf eine individuelle Lebenssituation, die sehr unterschiedlich sein kann. Grundsätzlich nimmt man eine Wechselwirkung gesellschaftlicher, familiärer und persönlicher Faktoren als prädisponierend an. Schematisch sind diese Risikofaktoren in Abbildung 1 repräsentiert.

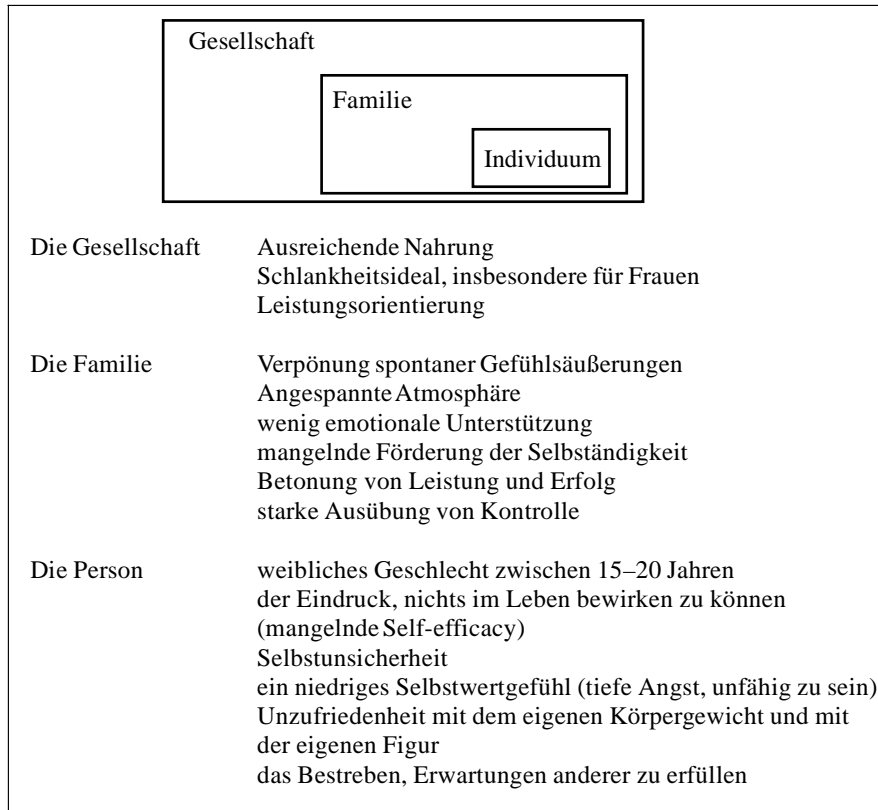


Abbildung 1: Prädisponierende Faktoren einer Eßstörung

Frau M. begann mit 16 Jahren, Diät zu halten. Sie lebte in einem eher kleinen Ort, in dem jeder auf den anderen achtet. Sie und ihre gleichaltrigen Bekannten bewunderten die schlanken Frauen in Modezeitschriften, die als erfolgreich und attraktiv dargestellt wurden. Es war Frau M. peinlich bewußt, daß ihre Figur weit weniger „optimal“ war. Das Schlankheitsideal, das in Deutschland wie in anderen westlichen Industriestaaten herrscht, war bedeutend für die Entscheidung der Patientin, schnell und möglichst viel abnehmen zu wollen.

Die Familie vermittelte ihr widersprüchliche Botschaften bezüglich ihrer Figur. Während der Bruder sie wegen ihres Übergewichts hänselte, wurde sie von der Mutter ermutigt, ihren Teller leer zu essen. Es fiel ihr aus verschiedenen Gründen schwer, dies nicht zu tun: Zum einen schmeckte ihr das Essen sehr gut, zum anderen wollte sie der Mutter eine Freude machen. Täglich erfuhr sie, wie wenig die Mutter von den anderen Familienangehörigen geschätzt wurde. Da Frau M. die einzige war, die ihre Mutter zu verstehen glaubte, fühlte sie sich für sie verantwortlich. Zudem

suggerierte die Mutter Frau M. durch ihr Verhalten, daß sie lediglich wegen der Kinder bei ihrem Mann geblieben sei. Obwohl sie selbst so schlecht mit ihrem Leben zurecht kam, wollte Frau M. ihrer Mutter Trost und Unterstützung spenden. Damit war sie völlig überfordert. Gleichzeitig hatte sie wenig Gelegenheit, über ihre eigenen Gefühle zu sprechen, und fühlte sich nicht in der Lage, ein eigenes Leben aufzubauen. Sie war so sehr mit der Familie beschäftigt, daß sie sich kaum darum kümmerte, eigene Bedürfnisse zu erkennen oder sogar zu realisieren.

Frau M. war in einem Alter, in dem andere Jugendliche sich nach außen orientieren und sich allmählich vom Elternhaus lösen. Da sie sich durch die Familienverhältnisse an Zuhause gebunden fühlte, fand diese Entwicklung nur unzureichend statt. Trotz strenger Kontrolle und mangelndem Freiraum für persönliche Entwicklung bekam sie wenig emotionale Unterstützung bei wichtigen Entscheidungen. Ihr Vater und ihr Bruder hatten feste Vorstellungen von dem Beruf, den Frau M. ausüben soll. Die Mutter hatte wenig Interesse daran, ihre Tochter eigene Wege gehen zu lassen.

Von der Familie bekam sie kein positives Frauenbild vermittelt. Die Mutter wurde unterdrückt und wenig wertgeschätzt, die männlichen Angehörigen waren mächtig. Frau M. versuchte, die Realschule besonders gut abzuschließen, um dem Vater und dem Bruder zu zeigen, daß sie auch etwas leisten kann. Als Frau glaubte sie, sich besonders beweisen zu müssen. Gleichzeitig hatte sie jedoch den Eindruck, wenig bewirken zu können. Sie war sozial unsicher und litt an Minderwertigkeitsgefühlen. Aufgrund ihrer Lerngeschichte und den entwickelten kognitiven Sets war ihr Augenmerk auf ihre Schwächen gerichtet, während sie ihre Stärken übersah. Ohne ausreichende Unterstützung vom Elternhaus fühlte sie sich hilflos. Um diesem unangenehmen Gefühl entgegenzuwirken, wählte sie einen Bereich aus, den sie glaubte kontrollieren zu können: ihr Gewicht.

Die Familie von Frau M. zeigt viele Eigenschaften, die in Familien mit eßgestörten Mitgliedern häufig beobachtet werden und sich auch in einer eigenen Untersuchung an 62 Personen mit Eßstörungen fanden (Wise & Schneewind, 1987). Die Familienbeschreibungen Betroffener auf den Familienklimaskala FKS (Schneewind et al., 1985) waren signifikant unterschiedlich zu der unauffälligen Gruppe. Die wichtigsten Merkmale der Familien bulimischer Personen waren:

- ein geringerer Zusammenhalt
- weniger emotionale Offenheit
- höhere Leistungsorientierung
- mehr Kontrolle in der Familie und weniger Flexibilität
- Selbständigkeit wurde weniger gefördert

Andere Untersuchungen mit diesem Instrument kamen zu ähnlichen Ergebnissen (Stern et al., 1989; Shisslak et al., 1990). Um jedoch das Bild zu vervollständigen, sollen die Überlegungen von Woodside und seinen Mitarbeitern (1996) angeführt werden. Unter Anwendung eines anderen Instruments – der Family Assessment Measure – fanden sie Hinweise dafür, daß sich das Funktionieren der Familie vom Verlauf der Eßstörung beeinflußt wurde.

Zusammenfassend können wir folgende Risikofaktoren im Fallbeispiel finden:

- weibliche Person
- Teenager-Alter
- Schlankheitsideal
- Unzufriedenheit mit der eigenen Figur
- niedriges Selbstwertgefühl
- soziale Unsicherheit
- mangelnde Self-efficacy
- Bedürfnis nach Anerkennung
- Familie, in der viel Kontrolle und wenig emotionale Unterstützung herrschte
- mangelnde Übung in Selbständigkeit

Um die unmittelbaren auslösenden Faktoren der Eßstörung zu identifizieren, müssen wir den Verlauf der Eßstörung in drei Etappen unterteilen. Die erste Phase begann in der Kindheit und bestand darin, Nahrung als Trost zu benutzen. Von der Mutter lernte sie, sich mit Essen etwas „Gutes zu tun“. Ausgelöst wurde „das Trostessen“ durch Situationen, in denen Frau M. sich einsam und traurig fühlte. Da die Nahrung nicht nur ein physiologisches, sondern auch ein psychisches Bedürfnis erfüllte, trat selbst bei körperlicher Sättigung keine Aversion gegen das Essen auf (verzögerter Appetenzverlust). Kurzfristig ergaben sich positive Konsequenzen: Süßigkeiten sowie andere Speisen waren schmackhaft und gaben Frau M. das Gefühl der Geborgenheit. Langfristig erfolgte eine Gewichtszunahme.

Die zweite Etappe des problematischen Eßverhaltens wurde dadurch ausgelöst, daß Frau M. sich nicht mehr mit ihrer Figur zufrieden geben wollte. Unmittelbarer Auslöser war eine negative Äußerung des Bruders zu ihrem Übergewicht. Zudem stand ein wichtiges Familienfest an, und Frau M. wollte durch eine rasche Gewichtsabnahme imponieren. Anfangs klappte dies hervorragend. Die Konsequenzen waren zunächst sehr positiv: Die schlanker werdende Figur brachte viel Lob und Anerkennung. Das gesteigerte Selbstwertgefühl verstärkte das Diätverhalten positiv. Frau M. nahm weiter ab und war stolz auf ihre Erfolge. Das Fest fand statt, erfüllte aber

nicht alle Hoffnungen. Trotz ihrer schlanken Figur fühlte sich Frau M. abseits geschoben und nicht beachtet.

Zu diesem Zeitpunkt begann die dritte Etappe der Eßstörung. Das ewige Hungern fiel Frau M. schwer. Abends verlor sie oft die Kontrolle und aß alles, was sie im Kühlschrank fand. Um die Folgen auszugleichen, versuchte sie, an den nächsten Tagen, besonders wenig zu essen. Das restriktive Essen stellte einen Zustand der körperlichen Deprivation her, was wiederum die Wahrscheinlichkeit eines Heißhungeranfalles erhöhte. Zwei problematische Verhaltensweise bedingten sich gegenseitig: das Hungern und die Heißhungeranfälle. Je mehr sie „verbotene“ Speisen und übermäßige Mengen Essen verzehrte, desto mehr Kalorien mußte sie wieder „einsparen“. Durch das Hungern war eine physiologische Bereitschaft zu übermäßigem Essen vorhanden. Dann genügte meist ein relativ kleiner Anlaß, um Eß- und Brechepisoden auszulösen.

Die wesentliche Bedeutung „gezügelter“ Eßverhaltens für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Eßanfällen ist sowohl durch klinische Beobachtungen als auch durch experimentelle Analogstudien im Rahmen des „restrained eating“ Paradigmas (Polivy & Hermann, 1985) gut belegt.

Frau M. hatte nicht nur zu geringe soziale Kompetenz und Bewältigungsstrategien zur Verfügung, sondern konnte aufgrund ihrer Familienkonstellation die vorhandenen sozialen Fertigkeiten nicht einsetzen. Essen war ein willkommener Trost in Konfliktsituationen und half ihr – mit unangenehmen Gefühlen umzugehen, indem es Spannungen zunächst abbauete. Das anschließende Erbrechen wirkte dann angstreduzierend: Die Furcht vor einer Gewichtszunahme wurde durch das Erbrechen abgebaut. Kognitionen wie „ich muß schlank sein, um anerkannt zu werden“ oder „wenn ich schlank genug bin, werden auch mein Vater und mein Bruder mit mir zufrieden sein“ motivierten die Patientin zu weiteren Abnehmversuchen.

Um diese ineinandergreifenden Phänomene deutlicher darzustellen, ist eine Verhaltensanalyse anhand des S-O-R-K Modells von Kanfer (Kanfer & Phillips, 1975) nützlich. Dieses Schema erlaubt eine genaue Untersuchung des Problemverhaltens. Dabei wird zwischen auslösenden Situationen, Organismus-Variablen, reaktivem Verhalten und anschließenden Konsequenzen des Verhaltens unterschieden. Drei Beispiele einer S-O-R-K Analyse können exemplarisch für die drei Etappen der Eßproblematik dargestellt werden:

<b>1</b>			
S	O	R	K
Situation	Organismus	Reaktion	Konsequenz
Gefühl der Einsamkeit	Unsichere Persönlichkeit	Verzehr von Süßigkeiten	kurzfristiges Gefühl der Geborgenheit (kompensatorische Befriedigung)  langfristig: Gewichtszunahme
<b>2</b>			
S	O	R	K
Situation	Organismus	Reaktion	Konsequenz
Gedanke: „ich muß schlank bleiben“	fehlende Selbst- und Körperakzeptanz	Hungern	kurzfristig: Gefühl der Stärke und Kontrolle  mittelfristig: Heißhungeranfälle
<b>3</b>			
S	O	R	K
Situation	Organismus	Reaktion	Konsequenz
Konfliktsituation	Zustand des Hungerns	Heißhungeranfall Erbrechen	Abbau von Spannung  Abbau der Angst vor einer Gewichtszunahme  langfristig: Beeinträchtigung im sozialen und beruflichen Bereich

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die hier beschriebene Eßstörung multifaktoriell bedingt war. Prädisponierend war die Lerngeschichte: Bereits in der Kindheit lernte die Patientin, belastende Situationen mit Essen zu bewältigen. Als im frühen Erwachsenenalter die Ablösung vom Elternhaus anstand, setzte sie dieses Mittel wieder ein. Ihr standen wenig andere Bewältigungsmechanismen zur Verfügung. Das Streben nach einem perfekten Körper war ein verzweifelter Versuch, die Hilflosigkeit zu überwinden und ein Gefühl der Kontrolle zu gewinnen. Da Frau M. dabei physiologische Bedürfnisse und Realitäten außer acht ließ, konnte sie ihr Ziel nicht erreichen. Angesichts dieses „Versagens“ griff sie wieder zum



Essen. Damit konnte sie Spannung kurzfristig abbauen, jedoch keine wesentlichen Änderungen herbeiführen. Der Kreislauf des problematischen Essens sowie die Familiensituation blieben zunächst unverändert.

## 4 Interventionsprinzipien

Als wichtigstes allgemeines Prinzip bei der Behandlung von Eßstörungen gilt, daß Interventionen auf verschiedenen Ebenen erfolgen sollten. Kurzfristig ist eine direkte Modifikation des Eßverhaltens (bzw. des Körpergewichts bei extrem untergewichtigen Patienten) notwendig, um erste Erfolgserlebnisse zu erzielen, die motivierend für die weitere Therapie wirken. Dabei können auch biologische Mechanismen wie Hungern und Heißhunger unterbrochen werden. Langfristig müssen die Patienten unterstützt und befähigt werden, psychologische und psychosoziale Bedingungen, die in funktionalem Zusammenhang mit dem gestörten Eßverhalten stehen, wahrzunehmen und zu verändern.

Nach den Ergebnissen der bisherigen Verlaufsforschung zur Bulimie (Herzog, 1992) kann die Prognose als günstig beurteilt werden. Frau M. war hochmotiviert, introspektionsfähig und jung. Neben der Diagnose auf Achse I bestanden keine weitere Diagnosen, die die Behandlung erschweren konnten. Zudem hat die Bulimie nicht sehr lange bestanden, d. h. das Verhalten war noch nicht chronifiziert. Frau M. war zum ersten Mal in Behandlung.

Die Behandlung beinhaltete etwa 18 Einzel- und ebensoviele Gruppensitzungen. Der Schwerpunkt der Therapie lag auf der Modifikation des pathologischen Eßverhaltens sowie der dazu gehörigen dysfunktionalen Gedanken, der Entwicklung von Problemlösestrategien und der Bearbeitung der Familienproblematik. Gegen Ende der Therapie wurde Wert darauf gelegt, das neue Verhalten zu stabilisieren. Die wichtigsten Interventionen werden im folgenden erläutert. Die Reihenfolge entspricht nicht unbedingt derjenigen in der Therapie, vielmehr greifen die verschiedenen Techniken ineinander.

### *Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle und Selbstverstärkung*

Durch Selbstbeobachtung wurde zunächst der „Ist-Zustand“ des Eßverhaltens festgestellt. Anhand von Eßprotokollen legte die Patientin Mengen, Zeiten und Zusammensetzung ihres Essens sowie begleitende Gedanken, Gefühle und vorausgehende Situationen schriftlich nieder.

Ziel der ersten Stunden war es, der Patientin möglichst schnell Erfolgserlebnisse zu ermöglichen, um sie zu weiterer Mitarbeit zu motivieren. Daher wurden zunächst die Defizite ignoriert und die nicht erbrochenen Mahlzeiten betrachtet. Dieser erste Schritt stellte die Überzeugung der Patientin, ihr Essen nie kontrollieren zu können, in Zweifel. Wir entwickelten dann Strategien, die ihr halfen, die Mahlzeiten bei sich zu behalten.

Als zweiten Schritt untersuchten wir die auslösenden Situationen für Heißhungeranfälle. Da das Eßverhalten in gewisser Weise eine Eigendynamik entwickelt hatte, konnten die Auslöser nicht immer identifiziert werden. Es zeigte sich jedoch, daß Gefühle der Einsamkeit sowie selbstabwertende Gedanken häufig Eß- und Brechepisoden vorausgingen. Diese Tatsache stimmte mit der Lerngeschichte überein. Als Frau M. funktionale Zusammenhänge zwischen Gedanken, Gefühlen, früheren Erlebnissen und jetzigem Verhalten feststellen konnte, fühlte sie sich entlastet. Das bisher von ihr als sinnlos empfundene Verhalten wurde für sie verständlich und bekam im Lebenskontext doch einen „Sinn“.

Neben der Selbstbeobachtung ging es darum, Selbstkontrollmechanismen aufzubauen. Zu diesem Zweck wurden bereits von Frau M. benutzte Techniken aufgegriffen und ihr transparent gemacht. Zudem wurden neue Strategien erarbeitet. Diese beinhalteten u. a. konstruktive Selbst-Verbalisationen sowie Tätigkeiten, die mit Essen und Erbrechen inkompatibel waren.

Während der Therapie gelang es Frau M., zunehmend Kontrolle über ihr Eßverhalten zu erlangen. Wichtig war, diese Fortschritte zu belohnen. Dies erfolgte einerseits durch Lob seitens der Therapeutin, andererseits durch Selbstbelohnung seitens der Patientin. Diese Selbstverstärkung nahm einmal die Form von materiellen Belohnungen an, einmal bestand sie aus selbstlobenden Verbalisationen wie: „Das hast Du gut gemacht!“

### *Ernährungsmanagement*

Informationen bezüglich der Folgen des Hungerns waren während der Therapie bedeutsam für den Aufbau eines gesunden Eßverhaltens. Die Wichtigkeit regelmäßiger Mahlzeiten zu festgelegten Zeiten wurde bereits am Anfang betont. In der Regel haben eßgestörte Patienten es verlernt, körperliche Signale nach Hunger und Sättigung wahrzunehmen und richtig zu interpretieren. Wenn sie aber für eine längere Zeit angemessene Essensportionen zu geregelten Zeiten verzehren, stellt sich das natürliche Empfinden von Hunger und Sättigung wieder ein.

Zum Ernährungsmanagement gehört auch eine ausgewogene Zusammensetzung von Nahrungsmitteln. Bulimie- sowie Anorexie-Betroffene neigen

dazu, sich bestimmte Lebensmittel zu „verbieten“. Dies ist meistens hochkalorische bzw. fett- oder kohlenhydratreiche Nahrung. Es ist deswegen wichtig, ihnen mitzuteilen, daß nicht die Nahrungsmittel dick machen, sondern die Art des Umgangs mit ihnen. Die nicht erlaubten Speisen sollen sukzessiv in den Speiseplan wieder aufgenommen werden.

Die Vermittlung eines Anti-Diät Modells ist ein wesentlicher Teil der Therapie bei allen Eßstörungen, auch bei Adipositas. Diäten führen auf Dauer zu gestörtem Eßverhalten. Verläßt sich der Mensch auf seine natürlichen Hunger- und Sättigungsgefühle, pendelt sich sein Gewicht auf sein individuelles natürliches Gewicht ein, das weitgehend biologisch bedingt ist. Informationen über biologische Mechanismen der Gewichtsregulation sind behilflich, der Furcht eßgestörter Personen bei ungezügelterm Essen unendlich zuzunehmen, entgegenzuwirken.

#### *Exposition und Reaktionsverhinderung*

Nachdem Frau M. auslösende Situationen für bulimische Anfälle identifiziert und erste Fortschritte bezüglich ihres Eßverhaltens erzielt hatte, begann sie sich „verführerischen Situationen“ auszusetzen. Beispielsweise verzehrte sie ein Stück Schokolade, was bisher zu Heißhungeranfällen geführt hatte (Schokolade als Hinweisreiz für Eß- und Brechepisoden). Um einen Eßanfall zu verhindern, nahm Frau M. einen Gruppenteilnehmer mit, der sie unterstützte. Intuitiv setzte sie damit eine wirksame verhaltenstherapeutische Methode ein. Sie beobachtete sich genau während der Exposition und protokollierte ihre Gedanken und Gefühle. Es war für sie eine harte Übung, die jedoch ihre Überzeugung änderte, dem Essen ausgeliefert zu sein. Somit konnte ihre Self-efficacy verbessert werden.

#### *Problemlösestrategien*

Patienten mit Eßstörungen haben meist ungenügende Bewältigungsstrategien, um mit Lebensproblemen und Spannungen umzugehen. Größere „Problemberge“ müssen in kleinere bewältigbare Schritte unterteilt und realistische Ziele vereinbart werden. Besonders bedeutsam zu Beginn der Behandlung sind Strategien, die sich auf das bulimische Eßverhalten beziehen. Für Frau M. war es auch hilfreich zu lernen, ihre Zeit gut zu strukturieren. Anstatt ihren Tag mit unangenehmen Pflichten zu erfüllen, begann sie, Zeit für angenehme Tätigkeiten einzuplanen. Zudem lernte sie, sich mit anderen auszutauschen, wenn auftretende Probleme ihr unüberwindbar schienen und sie den starken Drang verspürte, unmäßig viel zu

essen. Meist relativierten sich die Probleme, nachdem sie mit anderen erörtert worden waren.

### *Kognitive Strategien*

Ein wichtiger Teil der Therapie mit Eßstörungen besteht darin, dysfunktionale Gedanken zu identifizieren, zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren. Bei Frau M. betrafen diese Gedanken ihre Figur und ihr Gewicht, aber auch überhöhte Erwartungen an sich selbst.

Die Technik der kognitiven Umstrukturierung diente dazu, selbstabwertende Gedanken von Frau M. wie „ich bin eine Versagerin“ oder „ich schaffe es nie“ abzuschwächen. Auch Kognitionen wie „ich darf nicht essen“ oder „jetzt habe ich sowieso zuviel gegessen, es spielt keine Rolle, ob ich weiteresse“ wurden hinterfragt. Viele Annahmen wurden jahrelang als Wahrheiten akzeptiert, ohne daß sie wirklich auf ihre Gültigkeit überprüft worden waren. Erst als Frau M. diese Gedanken bewußt wahrnahm, konnte sie sie in Frage stellen.

### *Bearbeitung der Familienproblematik*

Wenn die Betroffene noch zuhause wohnt oder noch sehr jung ist, ist es sinnvoll, die Familie in die Therapie einzubeziehen. Bei Frau M. wurde aufgrund der Grenzüberschreitungen in der Familie dagegen entschieden. Durch verhaltenstherapeutische Techniken wie Rollenspiele und familientherapeutische Methoden wie Familienskulpturen wurde jedoch indirekt mit der Familie gearbeitet. Die Gruppe war für diese Arbeit sehr hilfreich, da sie Frau M. in ihrem Wunsch, sich vom Elternhaus abzulösen, verstärkte. Adäquate Verhaltensweisen wurden dann in Rollenspielen eingeübt.

### *Rückfallprophylaxe*

In den letzten Sitzungen der Therapie wurde Maßnahmen ergriffen, um das neue Eßverhalten zu stabilisieren. Dieses Vorgehen ist für jede Therapie von Bedeutung, um erzielte Fortschritte nicht zu gefährden. Wesentlich war dabei, die Gedanken der Patientin bezüglich des Themas Rückfälle zu eruieren und eventuell zu modifizieren. Nachdem Frau M. symptomfrei wurde, hatte sie Angst vor einem Rückfall. Für sie bedeutete zunächst ein Eßanfall, in das alte Verhalten zurückzukehren und zu versagen. Diese Vorstellung konnte in einem neuen Kontext gebracht werden (Reframing),

so daß das Symptom die Funktion eines Warnsignals bekam, das anzeigte, daß etwas nicht in Ordnung sei. Sie konnte dann nach auslösenden Reizen oder nach Situationen suchen, die die Wahrscheinlichkeit eines Eßanfalls erhöhten. Vor allem war es notwendig, dysfunktionale Gedanken wie „wenn ich einmal wieder anfangen, höre ich so schnell nicht wieder auf“ zu korrigieren. Schwierige Situationen wurden vorweggenommen und Strategien entwickelt, um mit ihnen umzugehen.

## 5 Resümee

Bulimie kann gut behandelt werden, insbesondere dann, wenn keine zusätzlichen prognostisch ungünstigen Diagnosen bestehen wie z. B. Alkoholabusus, Persönlichkeitsstörungen oder Anorexie in der Vorgeschichte. Dies wird u. a. durch eine umfangreiche Untersuchung zum Verlauf bulimischer Eßstörungen (Fichter & Quadflieg, 1997) belegt.

Entsprechend der multideterminierten Entstehung soll auch die Therapie der Bulimie auf mehreren Ebenen ansetzen. Zum einen muß sich die Behandlung am Symptom orientieren, d. h. das gestörte Eßverhalten erfassen und modifizieren. Wesentlich ist die Unterbrechung des selbst-perpetuierenden Kreislaufs von Hungern, Heißhungeranfällen und Erbrechen. Zum anderen ist eine Veränderung krankheitsfördernder Bedingungen notwendig, um eine dauerhafte Verhaltensänderung erzielen zu können. Neben psychologischen Komponenten wie sozialer Unsicherheit, mangelnder Self-efficacy sowie niedrigem Selbstwertgefühl soll auch die Person in ihrem gesamten Lebenskontext betrachtet werden. Es kann sinnvoll sein, Angehörige, wichtige Freunde oder den Partner zu einer oder mehreren Sitzungen einzuladen. Aber auch ohne Anwesenheit von Familienmitgliedern kann die familiäre Situation in den Mittelpunkt der Therapie gerückt und wichtige Einstellungen und Verhaltensweisen der Patientin in bezug auf ihre Familie modifiziert werden.

Inzwischen stehen empirisch fundierte strukturierte Behandlungsprogramme zur Verfügung (Waadt et al., 1992). Aufgrund der hohen Prävalenz von Eßstörungen sind vielfach Selbsthilfegruppen entstanden. Diese Entwicklung ist sehr zu begrüßen und kann dazu beitragen, das Problem zu lindern. Zum einen können solche Gruppen Betroffene unterstützen und sie gegebenenfalls zur weiteren Behandlung motivieren, zum anderen können sie helfen, Rückfälle zu verhindern und neue Verhaltensweisen zu stabilisieren. Auch für diesen Bereich gibt es erprobte Anleitungen (Wise, 1992).

## Literatur

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed., rev. Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington D. C.: American Psychiatric Press
- Bray, G.A. (1978). Definition, measurement and classification of the syndromes of obesity. *International Journal of Obesity*, 2, 99–112.
- Bray, G.A. (1987). Overweight is risking fate: definition, classification, prevalence and risks. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499, 14–28.
- Bruch, H. (1985). Four Decades of Eating Disorders. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Connors, M.E. & Morse, W. (1993). Sexual Abuse and Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 1–11.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1984). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, Revidierte Fassung FPI-R*. Göttingen: Hogrefe.
- Fichter, M.M. & Quadflieg, N. (1997). Six-year course of Bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 361–384.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Speeg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, A. & Woodside, D.B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052–1058.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483–491.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–34.
- Götestam, K.G. & Agras, W.S. (1995). General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 119–126.
- Hastings, T. & Kern, J.M. (1994). Relationships Between Bulimia, Childhood Sexual Abuse, and Family Environment. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 103–111.
- Hoek, H.W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61–74.
- Hsu, L.K.G. (1990). *Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Kanfer, F.H. & Phillips, J.S. (1975). *Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. München: Kindler Verlag.
- Keel, P.K., Klump, K.L., Leon, G.R. & Fulkerson, J.A. (1998). Disordered eating in adolescent males from a school-based sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 125–132.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. & Taylor, H.L. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Laessle, R.G., Waadt, S., Schweiger, U. & Pirke, K.M. (1987). Der Therapietoleranz psychobiologischer Befunde bei Bulimia nervosa. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 8, 297–313.

- Laessle, R. (1989) Affektive Störungen und bulimische Syndrome. In M. Fichter (Hrsg.), *Bulimia nervosa*. Stuttgart: Enke Verlag.
- Pemberton, A., Vernon, S.W. & See, E.S. (1996). Prevalence and correlates of bulimia nervosa and bulimic behaviors in a racially diverse sample of undergraduate students in two universities in southeast Texas. *American Journal of Epidemiology*, 144, 450–455.
- Polivy, J. & Herman, P. (1985). Dieting and bingeing. A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193–201.
- Pope, H.G. (1984). Anorexia nervosa and bulimia among 300 suburban women shoppers. *American Journal of Psychiatry*, 141, 292–294.
- Pope, H.G. & Hudson, J.I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry* 149, 455–463.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1989). *Fragebogen zum Eßverhalten*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Schneewind, K.A., Beckmann, M. & Hecht-Jackl, A. (1985). *Das FK-Testsystem Test-manual*. Bericht 8.1/1985: Forschungsberichte aus dem Institutsbereich Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik, Universität München.
- Shisslak, C., McKeon, R. & Cragg, M. (1990). Family dysfunction in normal weight, bulimic and bulimic anorexic families. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 185–189.
- Stern, S., Dixon, K., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E. & Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 23–31.
- Stunkard, A.J. & Messick, S. (1985). The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71–83.
- Stunkard, A.J. & Wadden, T.A. (Hrsg.) (1993). *Obesity, theory and therapy*. New York: Raven Press.
- Waadt, S., Laessle, R.G. & Pirke, K.M. (1992). *Bulimie, Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer Verlag.
- Westenhöfer, J. (1992). *Gezügeltes Essen und Störbarkeit des Eßverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Wise, K. & Schneewind K. (1987). *Bulimia and adolescent separation*. Diplomarbeit, Ludwig-Maximilians Universität München.
- Wise, K. (1992). *Wenn Essen zum Zwang wird, Wege aus der Bulimie*. Mannheim: PAL Verlag.
- Wise, K. (1994). Behandlung der Bulimia nervosa. *Psychomed*, 6, 174–179.
- Wiseman, C., Graj, J., Mosimann, J. & Ahrens, A. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85–89.
- Woodside, B., Lackstrom, J., Schekter-Wolfson, L., Heinmaa & M. (1996). Long-term follow-up of patient-reported family functioning in eating disorders after intensive day hospital treatment. *Journal of Psychosomatic Reserarch*, 41, 269–277.

## Stottern

Peter Fiedler, Heidelberg\*

### Einführung

Stottern ist gekennzeichnet durch eine auffallend häufige Unterbrechung des Sprechablaufs. Es lassen sich zwei prototypische Grundmuster der Redeflußunterbrechungen unterscheiden (vgl. Fiedler & Standop, 1994): (a) *Klonisches Stottern* ist gekennzeichnet durch rhythmische Wiederholungen von Lauten, Silben und Wortteilen, denen beim Aussprechen der Wörter Wortdehnungen folgen können (z. B. „le-le-le-le-le-le-laufen“ oder „be-be-be-be-be- bringen“). (b) *Tonisches Stottern* ist gekennzeichnet durch relativ lang andauernde Verkrampfungen der Sprechmuskulatur und durch stumme Pressversuche, die dem Beginn oder dem Weitersprechen eines Wortes unmittelbar vorangehen (z. B. „- - - Pause“ oder „Poli- - - tik“). Klonisches und tonisches Stottern können sowohl getrennt als auch kombiniert vorkommen. Überwiegt eines der beiden Störungsmuster, spricht man von klonisch-tonischem bzw. tonisch-klonischen Stottern. Diese Differenzierung von einem Überwiegen klonischer und tonischer Stottereigenarten ist therapeutisch relevant. Die klonischen Sprechunflüssigkeiten werden nämlich als die ursprünglichere, und damit weniger extrem ausgeprägte Form des Stotterns betrachtet, das tonische Stottern hingegen als das Ergebnis eines mehr oder weniger ausgeprägten krampfhaften Bewältigungsversuches, nicht (klonisch) stottern zu wollen.

---

\* Der Autor dankt Ulrike Franke für ihre Mitarbeit als Cotherapeutin durch die Übernahme der logopädisch-orientierten Anteile in dieser Therapie. Ohne die tatkräftige Unterstützung durch die Studenten eines Fallseminars bei Durchführung spezieller Therapiebausteine und bei den Videoaufzeichnungen wäre der auf der Grundlage dieser Therapie erstellte Lehrfilm über das Stottern nicht zustande gekommen. Auch ihnen sei an dieser Stelle herzlich gedankt.



Die meisten Forscher sind sich heute darin einig, daß sich das Stottern aus *normalen* Sprechunflüssigkeiten heraus entwickeln kann, die bei fast allen Kindern (bei etwa 80 Prozent) in der Zeit des Sprechenslernens beobachtbar sind und die deshalb als „Entwicklungsstottern“ bezeichnet werden. Es ist dies die Zeit, in der das Kind beim Erlernen der Muttersprache zunächst gezwungen ist, die Aussprache willentlich zu kontrollieren. Diese willentliche Aussprachkontrolle wird jedoch zunehmend weniger bedeutsam, je mehr Sprechroutine das Kind bekommt. Diese zunehmende Automatisierung (Autoregulation) des Sprechens wird vor allem neuromotorisch (durch sog. propriozeptive und kinästhetische) Wahrnehmungs- und Steuerungskreise im Zentralnervensystem überwacht. Kommt es in dieser Zeit zunehmender Autoregulation des Sprechens dazu, daß die auf natürliche Weise vorhandenen frühen Sprechfehler durch Bezugspersonen beachtet, korrigiert oder gar bestraft werden, so ist zu vermuten, daß die Autoregulation des Sprechens unterbrochen wird. Korrektur fehlerhaften Sprechens ist nur willentlich möglich, zugleich behindert willentliche Kontrolle die Autoregulation des Sprechens. Flüssiges Sprechen setzt seine Autoregulation voraus, willentlich korrekt sprechen zu wollen führt zu Fehlern.

Das normale Entwicklungsstottern kann aber auch durch eine besondere (familiär-genetische) *Veranlagung zum Stottern* mitbedingt sein und dann besonders gravierend ausfallen. Bei diesem frühen *symptomatischen* Stottern handelt es sich nun in aller Regel um klonische Symptome (zumeist spannungsfreie Repetitionen von Silben). Auch beim symptomatischen Entwicklungsstottern versucht das Kind Sprechunflüssigkeiten willentlich zu überwinden und es behindert damit die Entwicklung einer Autoregulation des Sprechens. Es herrscht inzwischen weitgehend Konsens in dem Punkt, daß auf einer groben Betrachtungsebene das symptomatische Stottern am besten durch eine andauernde, willentliche Störung oder Behinderung der Autoregulation des Sprechflusses erklärt werden kann. Stotterblocks (tonische Symptome) treten später hinzu und sind bewußte Versuche der Überwindung der Repetitionen. Auf diese Weise entstehen jene beobachtbaren Übergänge vom klonischen über das klonisch-tonische und das tonisch-klonische hin zum tonischen Symptombild. Diese sind immer *Bewältigungsversuche* des (symptomatischen) Entwicklungsstotterns, und damit besteht das ausgeprägtere Symptombild des Stotternden vor allem als *Sekundärsymptomatik* (vgl. Fiedler, 1998).

Überhaupt ist das ausgeprägte Symptombild fast ausschließlich durch Eigenarten bestimmt, die kaum mehr dem ursprünglich spannungsfreien klonischen (symptomatischen) Entwicklungsstottern entsprechen. Diese *Sekundärsymptome* können im Erwachsenenalter besonders extrem ausgeprägt sein und das Symptombild dominieren, wie z. B. eine Reihe das Stottern begleitender Mitbewegungen (*Parakinesen*) von Gesichts- und

Halsmuskulatur, der Extremitäten oder des ganzen Körpers, die gleichzeitig mit dem Sprechen ausgeführt werden. Diese ursprünglich erfolgreichen Selbsthilfen zur Überwindung der Sprechunflüssigkeiten verselbständigen sich zumeist im Laufe der Zeit zu wirkungslosen Begleitsymptomen und beeinträchtigen die nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten des Stotternden erheblich. Aus dem gleichen Grund kann es bei anderen Stotternden auch zum *völligen Fehlen* sprachbegleitender Mimik, Gestik und Gebärdensprache kommen. Flicklaute oder Flickwörter (*Embolophonien und Embolophrasien* wie „hmmm“, „also jedenfalls“, „woll’n ‘mal sagen“ usw.) dienen dem Stotternden häufig als Sprech-Start-Hilfen und sollen den Eindruck fließenden Sprechens vermitteln.

Mit Blick auf eine Therapie des Stotterns bleibt aufgrund dieser Einsichten in die Entwicklung und sekundärsymptomatische Ausbildung der Sprechstörung zwingend zu beachten, daß viele in der Stotterbehandlung übliche Sprechhilfen und Sprechtechniken immer in der Gefahr stehen, langfristig möglicherweise ihre Wirksamkeit einzubüßen, und daß sie sich deshalb, v. a. wegen der erworbenen Routine im Umgang mit ihnen, als eine *neue Sekundärsymptomatik* in das Störungsbild einfügen können. Der nachfolgend dargestellte Fall ist in dieser Hinsicht geradezu paradigmatisch für dieses Problem.

Faßt man den gegenwärtigen Stand des ätiologischen Wissens um die Entstehung und Aufrechterhaltung des Stotterns knapp zusammen, so läßt sich dazu folgendes sagen (vgl. ausführlich Fiedler, 1992; 1998; Fiedler & Standop, 1994): Untersuchungen unter Einbezug von Familien- und Zwillingsstudien sowie die Beobachtung, daß das Stottern bei Jungen/Männern etwa dreimal so häufig auftritt als bei Mädchen/Frauen, verdeutlichen, daß bei der Entstehung des Stotterns möglicherweise hereditäre Einflüsse eine wesentliche Rolle spielen. Man schätzt, daß etwa 10 Prozent aller Grundschulkinder von Stottern betroffen sind; die Prävalenz bei Erwachsenen liegt hingegen bei nurmehr 1 Prozent. Die hohe Zahl der Spontanremissionen in Kindheit und Jugend sowie die beträchtlichen Erfolgszahlen bei der Frühbehandlung kindlichen Stotterns (etwa 80 Prozent der einmal stotternden Kindern verlieren die Störung bis zum 10. Lebensjahr) unterstreichen andererseits den möglichen Einfluß psychosozialer Faktoren bei der Aufrechterhaltung (und bei der therapeutischen Beeinflußbarkeit) der Störung.

Es besteht gegenwärtig weitgehend Einigkeit darüber, das Stottern als Ergebnis einer („unglücklichen“) Verkettung von Ereignissen aufzufassen, innerhalb derer diathetische-auslösende und psychologisch-aufrechterhaltende Bedingungen zusammenwirken. In der Zeit des Spracherwerbs kann die möglicherweise prädisponierte Neigung Betroffener zum Entwicklungsstottern *aus psychologischen Gründen* nicht altersentsprechend in

Richtung „autoregulatives Sprechen“ überwunden werden. Dies wird im wesentlichen durch psychosoziale Faktoren beeinflusst (Rückmeldungen der Eltern, zunehmende soziale Anforderungen an fließendes Sprechen, schließlich selbst gesetzte Ansprüche des Kindes). Stottern entsteht so aus einer Art „Überkontrolle“ des Sprechvorganges, mit der das Kind (und später der erwachsene Stotternde) auf *selbst-* und *fremdgesetzte* Ansprüche an fließendes Sprechen zu reagieren versucht.

Für die Behandlung des Stotterns ist dieser Aspekt der *subjektiv erlebten Kommunikationsverantwortlichkeit* zentral (vgl. Bloodstein, 1987; Starkweather, 1987). Erst eine als erhöht erlebte Kommunikationsverantwortung führt zur bewußten Überwachung des Sprechvorganges, wodurch sich für den Sprecher die normale (üblicherweise autoregulativ organisierte) Koordination des Sprechvorganges derart erschwert, daß Stottern auftritt. Sprechübungen und Sprechtechniken bekommen danach erst einen Sinn, wenn sie als Elemente in einen umfassenderen Behandlungsplan integriert werden. Dieser muß jedoch immer zugleich ausgerichtet sein auf die Behandlung der subjektiv erlebten Kommunikationsverantwortlichkeit des Stotternden, die sich ihrerseits aus den sozial-gesellschaftlichen Anforderungen an fließendes Sprechen, denen der Stotternde ausgesetzt ist, speist.

Die mit zunehmendem Lebensalter wachsende Bedeutung der psychosozialen Anforderungen an fließendes Sprechen scheint auch dafür verantwortlich zu sein, daß die anfänglich so beachtliche Zahl der Spontanremission erheblich zurückgeht: Im Erwachsenenalter werden Spontanremissionen kaum mehr beobachtet (Fiedler, 1988). Und weil dies zu wenig beachtet wird, kommt es in der Folge zunächst erfolgreicher Behandlung zu extrem hohen Rückfallzahlen (Jehle, 1982), die in deutlichem Kontrast zu den stets beobachtbaren Anfangserfolgen in der Stotterbehandlung stehen. Von vielen Stottertherapeuten wird nicht ausreichend beachtet, daß das Erlernen fließenden Sprechens mittels Sprechhilfe *nicht* mit einer wiedererlangten Autoregulation des Sprechens verwechselt werden darf. Therapien werden häufig zu schnell beendet, ohne daß die neue Sprechkompetenz zur wirklichen Routine geworden ist. Der nachfolgend geschilderte Fall ist ein typisches Beispiel dafür, wie eine zunächst erfolgreiche Sprechhilfe selbst zur dominierenden Sekundärsymptomatik werden kann, die den Stotternden mehr behindert als sein Stottern selbst.

### *Biographische Angaben*

Herr M. ist 24 Jahre alt und von Beruf Winzer. Er lebt zusammen mit seiner Mutter und einer Tante auf einem Weingut in einem kleinen Ort in der Pfalz. Er hat seit dem Tod seines Vaters vor drei Jahren den Hof übernom-

men und führt den elterlichen Betrieb jetzt eigenständig mit seiner Mutter weiter. Seine Berufsausbildung zum Winzer steht kurz vor dem Abschluß (Meisterprüfung in drei Monaten). Dies war aber auch mit ein Grund dafür, erneut eine Therapie zu beginnen, in der Hoffnung, daß sich die Sprechschwierigkeiten bessern könnten.

Der Patient berichtet, seit seinem 6. Lebensjahr zu stottern. Er sei deswegen bereits mehrfach in logopädischer und psychologischer Behandlung gewesen: Mit 8 Jahren besucht er zu sprech- und spieltherapeutischen Übungen eine Kindertherapiegruppe in der nahen Kreisstadt. Mit 12 Jahren folgt ein mehrwöchiger Aufenthalt in einem Sprachheim im Schwarzwald. Mit 16 Jahren absolviert er eine halbjährige Sprechübungsbehandlung bei einer Logopädin in Mannheim. Es habe sich jeweils kurzfristig ein gewisser Erfolg gezeigt, der jedoch nie länger als ein halbes Jahr vorgehalten habe. Das Stottern habe ihm in der Schule keine Nachteile gebracht, eher Vorteile durch Rücksichtnahme seitens der Mitschüler und Lehrer. Die Mittlere Reife schloß er als Klassenbester ab.

Mit 20 Jahren habe er von einem Therapieprogramm des Amerikaners Schwartz gehört und dessen Buch „Stottern ist heilbar“ (1977) gelesen (kritische Würdigung dieses Ansatzes bei Fiedler & Standop, 1994). Er sei daraufhin mehrere Wochen zu einem Psychologen nach Frankfurt gefahren, der mit ihm die von Schwartz propagierte „Anhauch-Therapie“ eingeübt habe. Auch der Erfolg dieser Behandlung habe nur wenige Monate angehalten.

## 1 Beschreibung der Störung

Der Patient wurde aus der phoniatischen Ambulanz des Berufsförderungswerkes Heidelberg überwiesen. Zur Vorabinformation wurde von dort die Videoaufzeichnung mit einer Balbutiogramm-Sitzung übersandt. Das Balbutiogramm dient der sorgfältigen Erfassung der Sprechstörung (Bestimmung der Basislinie und der Fehlerfrequenz-Grundrate des Stotterns und umfaßt in der Regel Aufgaben wie Aufzählungen, das Nachsprechen von Texten, Lesen von Standardtexten und das freie Sprechen; vgl. das Diagnostik-Kapitel in Fiedler & Standop, 1994).

Die Video-Aufzeichnung zeigt einen Patienten mit extremsten Sprechstörungen. Er stottert annähernd bei jedem Wort zu Wortbeginn, spricht also kaum ein Wort fließend aus. Lediglich kurze Worte wie „und“, „in“, „der“, „die“ usw. bereiten ihm seltener Schwierigkeiten. Der Patient zeigt eine klonisch-tonische Symptomatik, die durch eine extreme, sog. „Starthilfe“-



subjektiv erlebte Notwendigkeit zu fehlerfreiem Sprechen erhöht ist. Deshalb ist zur Erhärtung dieses Aspekts der *Aufrechterhaltung des Stotterns* einerseits (a) nach den kognitiven Anteilen zu suchen, die zu der subjektiv erlebten erhöhten Kommunikationsverantwortlichkeit beitragen. Andererseits (b) sind die Mittel zu identifizieren, die der Stotternde selbst zur willentlichen Ausspracheregulation einsetzt.

Mit Herrn M. wurde deshalb vereinbart, zur nächsten Diagnostik-Sitzung einen Aufsatz vorzubereiten, in dem er Ausführungen zu folgenden Punkten machen sollte: (a) die Geschichte der Entwicklung seiner Stottersymptomatik, (b) eine genaue Beschreibung seiner bisherigen Behandlungs- und Selbstkontrollversuche, (c) vermutete Gründe für das Scheitern der bisherigen (Selbst-)Behandlungsversuche und (d) Überlegungen dazu, was er selbst glaube, wie sein Stottern erfolgreich behandelt werden könne.

Anmerkung: Wenn Patienten dazu bereit sind, empfiehlt sich die Anfertigung von Aufsätzen aus Zeitgründen insbesondere zu Beginn der Behandlung extrem schwer stotternder Patienten. Die Aufsätze können von Therapeuten und Patienten unter Nutzung einer weithin bekannten Sprechhilfe zumeist simultan fehlerfrei ohne Stottern gelesen werden, so daß sich die vielfach ausgedehnten und auch für den Patienten belastenden Stotterphasen zeitlich auf die zusätzliche Besprechung von Textstellen eingrenzen (zum Simultansprechen: Fiedler & Standop, 1994).

Die von Therapeut und Patient gemeinsam (simultan) durchgeführte Lesung des Manuskriptes zeigt, daß der Patient mit dieser Sprechhilfe fließend sprechen kann. Darüber ist der Patient selbst überrascht, und er zeigt sich ermutigt, als der Therapeut ihm verdeutlicht, daß aus dem fehlerfreien Sprechen abgeleitet werden könne, daß es sich bei seiner Sprechstörung um „Stottern ohne organische Ursache“ handelt, und daß sich daraus eine entsprechend günstige Prognose für die Therapie ableiten lasse.

Der Patient berichtet in seinem Aufsatz, daß das „Uuiiiihh“ vor den Worten ein Überbleibsel aus der Frankfurter Therapie mit der Anlauttechnik sei. Es sei eine für ihn nach wie vor notwendige Stütze, um nicht zu stottern. Eine weitere willentliche Handlung, nicht zu stottern, sei es möglichst konzentriert zu sprechen. Diese Selbstkontrolltechnik realisiert der Patient, indem er möglichst wenig Bewegungen während des Sprechens ausführt. Die Folge ist das auffällige Fehlen von Mimik und Gestik während des Sprechens.

Der Therapeut erklärt dem Patienten die Hypothese, daß sein Stottern teilweise auf eine willentliche Verhinderung der Autoregulation durch unbrauchbare bzw. unbrauchbar gewordene Sprechkontrolltechniken zurückgeführt werden könne. Ziel der Behandlung werde deshalb der Erwerb einer neuen Sprechroutine sein. Voraussetzung dazu sei jedoch, daß der Patient die sein Symptombild beherrschende Start-Technik aufgebe. Auf die Frage, ob er dazu bereit wäre, antwortet der Patient – zur Überraschung

aller – fließend in einem Satz: „Man könnte es ja mal versuchen . . .“ Während der nun folgenden Gespräche nimmt der Patient von sich aus zunehmend die Anlauttechnik zurück – zugleich tritt sein eigentliches Symptombild (klonisch-tonisches, jedoch vor allem klonisches Stottern) deutlicher hervor.

## Determinanten der Sozialstörungen

Eines der prominentesten Merkmale des Stotterns ist seine enorme *situative Variabilität*. Schwere und Eigenarten der Stotterns wechseln bei ein und derselben Person von Situation zu Situation. Verantwortlich dafür sind von außen an den Stotternden herangetragene Ansprüche an fließendes Sprechen und damit zusammenhängend zunehmend selbst gesetzte Ansprüche, die im wesentlichen seine subjektiv erlebte Kommunikationsverantwortlichkeit determinieren. So treten im allgemeinen selbst bei schwer gestörten erwachsenen Stotternden Stottersymptome verringert oder gar nicht mehr (!) auf beim Singen im Chor, beim Sprechen allein mit sich, mit Tieren oder mit Kindern, beim Sprechen von sinnlosen Worten und Nonsense-Sätzen, beim Zählen oder Buchstabieren. Hingegen nimmt mit einem Anstieg der subjektiv erlebten Kommunikationsverantwortlichkeit auch die Symptomatik drastisch zu (z. B. gegenüber relevanten Personen, in Prüfungssituationen und bei Vorstellungsgesprächen). Letzteres sind jene Bereiche, auf die in der Behandlung des Stotterns in den *psychologisch-psychotherapeutischen Anteilen* besonderes Augenmerk gelegt werden muß.

Auch Herr M. berichtet über zahlreiche Bedingungen, in denen sein Stottern deutlich verringert bzw. verstärkt auftritt. So stottert er vermindert stark zu Hause in Gesprächen mit Verwandten sowie im geselligen oder vertrauten Beisammensein mit Freunden (*Privat- und naher Sozialbereich*). Deutlich stärker ausgeprägt ist das Stottern in beruflichen Kontexten, gegenwärtig insbesondere beim Einkaufen, im Rahmen der Ausbildung und Vorbereitung der Meisterprüfung und besonders beim Telefonieren. Es genügt gelegentlich bereits das Klingeln des Telefons, daß selbst gegenüber Angehörigen, bei denen Herr M. eher selten stottert, mitten im Sprechen ein extremer Stotteranfall ausgelöst wird (*Leistungs- und Arbeitsbereich*).

## Zusammenfassende Bewertung der bedingungsanalytischen Befunde

Anhand der graphisch-schematischen Übersicht in *Abbildung 1* lassen sich die das Stottern determinierenden Zusammenhänge der Bereiche „Sprechstörung“ und „Sozialstörung“ übersichtlich zusammenfassen. Herrn M.

wird anhand dieses Schemas verdeutlicht, daß er selbst erhebliche Anteile daran hat, wie hoch oder niedrig die im Zentrum stehende subjektiv erlebte Kommunikationsverantwortlichkeit und damit seine Kommunikationskompetenz ausfällt. Es hat sich in den ersten Sitzungen gezeigt, daß er unter bestimmten Bedingungen fehlerfrei Sprechen kann. Und es ist klar, daß die Schwere des Stotterns von Situation zu Situation schwankt. Je hilfloser Herr M. sich in einer Sprechsituation fühlt bzw. je mehr er selbst erwartet, daß es zum Stottern kommt, um so stärker ist er um eine Kontrolle des Sprechens bemüht und um so mehr kommt es paradoxerweise zum Stottern. Dem Patienten wird eine sehr gern zitierte Schlußfolgerung des amerikanischen Stotterforschers Bloodstein erzählt, die sich aus dem Schema ergibt: „Könnte ein Stotterer vergessen, daß er einer ist, so würde er nicht mehr stottern!“ Das Dilemma der nun beginnenden Therapie - so wird Herrn M. weiter bedeutet - liege nun jedoch gerade darin, daß dieser Bewußtseinszustand aufgrund der langjährigen Erfahrungen des Patienten von ihm nicht oder nur sehr schwer erreicht werden könne.

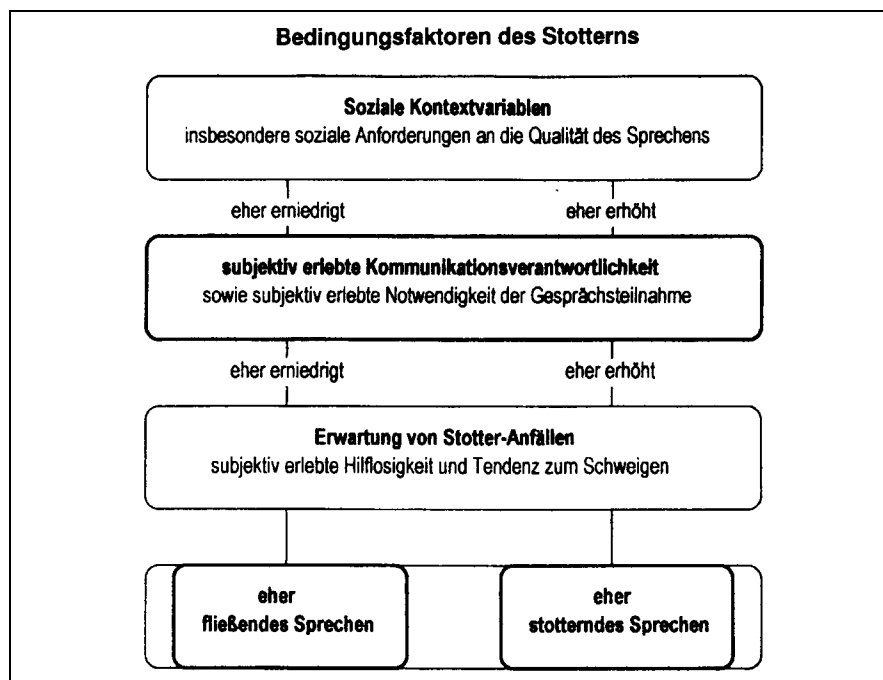


Abbildung 1: Zusammenhänge zwischen sozialen Anforderungen, subjektiv-erlebter Kommunikationsverantwortlichkeit und stotterndes bzw. eher fließendes Sprechen

Als Überleitung zur Therapie war es in dieser abschließenden Besprechung und Bewertung der Problemanalyse mit dem Patienten wichtig, folgende Gesichtspunkte nochmals deutlich zusammenzufassen:



1. Es hatte sich bereits gezeigt, daß der Patient fließend sprechen kann. Er braucht flüssiges Sprechen also nicht neu zu lernen. Dennoch spricht viel für eine erneute systematische Einübung eines neuen Sprechverhaltens, um die bisherigen Routinen der mißlungenen Sprachselbstkontrolle zu ersetzen und neue Möglichkeiten des Erlernens einer Sprechroutine zu eröffnen.
2. In der zu planenden Therapie werde die situative Variabilität und die damit zusammenhängende subjektive Kommunikationsverantwortlichkeit in den Mittelpunkt rücken. Konkret heiße dies, daß der Therapeut kontinuierlich bemüht sein werde, die Zusammenhänge des Stotterns mit den alltäglichen Anforderungen und Ansprüchen des Patienten an fließendes Sprechen zu thematisieren.
3. Schließlich scheine – angesichts der vier nicht sehr erfolgreich verlaufenen Vorbehandlungen – ein wesentliches Moment für den langfristigen Erfolg der jetzt neu aufgenommenen Therapie zu sein, ob der Patient erneut und vor allem klar bereit sei, sich auf eine möglicherweise langwährende „Therapiereise“ zu begeben, die nach aller Erfahrung keinen Heilungserfolg, eher weitere Rückfälle erwarten ließe. Die Planung einer sorgsamsten Rückfallprophylaxe werde deshalb ebenfalls zentraler Bestandteil der Therapie sein.

## 4 Interventionsprinzipien

In aktuellen Behandlungsansätzen des Stotterns wird üblicherweise eine Kombination von sprech- und sozialtherapeutischen Maßnahmen angezielt. Insgesamt kommt der Therapeut nicht daran vorbei, mehrere unterschiedliche Einzelverfahren miteinander zu verbinden, will er der engen Vernetzung sprachlicher, subjektiv- kognitiver und sozialer Determinanten der Störung annähernd gerecht werden. So wurde auch im vorliegenden Fall eine Integration von sprechtherapeutischen und sozialtherapeutischen Interventionen in ein mehrdimensionales Behandlungskonzept angestrebt. Das konkrete therapeutische Vorgehen orientierte sich grob an einem Vorgehen, daß von uns über mehrere Jahre hin entwickelt und erprobt wurde (vgl. Fiedler & Standop, 1994, Kap. 10.2).

In *Abbildung 2* ist die konzeptuelle Anlage dieser mehrdimensionalen Behandlungskonzeption dargestellt. Die sprech- und sozialtherapeutischen Ziele des Programms werden durch eine gleichzeitige Arbeit auf zwei therapeutischen Ebenen zu erreichen versucht. *Ebene 1* umfaßt das systematische Einüben von neuen Sprechweisen und sozialen Fertigkeiten. *Ebene 2* sollte den Patienten sukzessive mit Strategien der Selbstkontrolle und

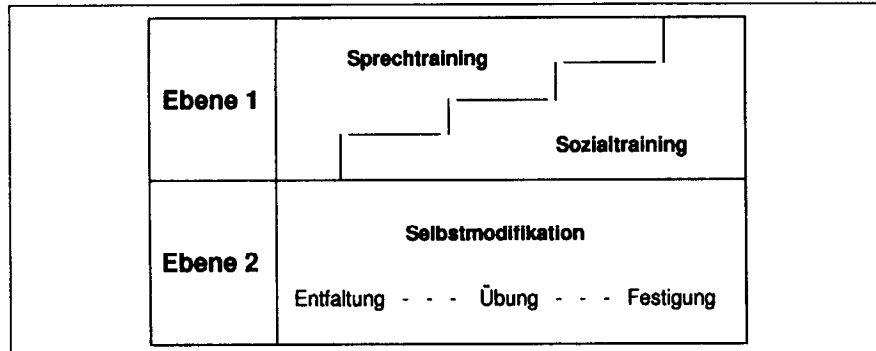


Abbildung 2: Die Integration von sprech- und sozialtherapeutischen Maßnahmen (Ebene 1) sowie Erwerb und Anwendung einer Selbstmodifikation (Ebene 2) innerhalb des mehrdimensionalen Therapieansatzes bei Stottern.

Selbstmodifikation vertraut machen und in ihrer Anwendung erproben und festigen, um das angestrebte Ziel der selbständigen Fortführung der Therapie nach Behandlungsabschluß zu sichern.

## Sprechtherapie auf der Ebene 1

Die Sprechtherapie wurde in dem hier dargestellten Fall durch eine Logopädin durchgeführt. Der Patient sollte sich zunächst anhand eines Lehrbuches über Stottern mit den unterschiedlichen Möglichkeiten einer sprechtherapeutischen Behandlung vertraut machen und von sich aus einige Vorschläge unterbreiten, welche Sprechhilfen er einüben möchte. Zu Beginn der Sprechübungen schlägt er daraufhin als mögliche Sprechhilfe eine Mischung aus Atemtraining (sensu Azrin & Nunn, 1974), Stop-Technik (sensu Wendlandt, 1979) und Anlauttechnik (die Bestandteil eine Reihe ausgearbeiteter Therapieprogramme ist, z. B. Fernau-Horn, 1969; Perkins, 1973) vor. Der Patient wurde eindringlich darauf hingewiesen, daß insbesondere eine (auch für ihn neuartige) Anlauttechnik nicht sehr empfehlenswert sei, weil sich die Lautvorschaltung aus der Therapie sensu Schwartz inzwischen ja bereits zu einer seiner Hauptsymptome ausgeweitet habe. Nach längerer Planung mit der Logopädin werden schließlich folgende Sprechtechniken und Sprechhilfen für die Sprechbehandlung ausgewählt (vgl. die Detail-Beschreibung dieser Verfahren bei Fiedler & Standop, 1994):

1. *Selbstwahrnehmungsübungen* zur besseren Selbstbeurteilung des eigenen Stotterverhaltens (sensu Wendlandt, 1975). Können Symptome und fließendes Sprechen ausreichend differenziert werden, soll sich ein sogenanntes

2. *Stoppen-Sprechen-Training* anschließen (leicht modifiziert in Anlehnung an Wendlandt, 1979). Dies besteht aus folgenden Einzelschritten:
  - a) Symptom wahrgenommen: Stopp! (mit dem Sprechen innehalten)
  - b) körperlich entspannen (einmal ruhig einatmen und ausatmen)
  - c) das gestotterte Wort stimmlos artikulieren
  - d) das gestotterte Wort flüsternd artikulieren
  - e) das gestotterte Wort mit leiser Stimme artikulieren
  - f) das gestotterte Wort mit normaler Lautstärke sprechen.

Wird die Sprechtechnik außerhalb der Übungsstunden eingesetzt, solle dem Gesprächspartner mit einer zur Geduld auffordernden Handbewegung bedeutet werden, die gesamte Übungssequenz abzuwarten.

Die systematische Einübung der Sprechtechnik erfolgte über eine Zeit von etwa 5 Wochen, bis sie vom Patienten gut beherrscht wurde und er mit ihr recht fließend zu sprechen in der Lage war. Sie wurde zunehmend mehr in das zeitlich leicht versetzt beginnende Sozialtraining (vgl. unten) übernommen und mußte vom Patienten damit sehr bald und zeitgleich zu den Sprechübungsstunden unter realen Anforderungsbedingungen erprobt werden.

Zusätzlich zur Sprechtechnik wurden im Rahmen der Sprechübungsbehandlung folgende weitere Bausteine in die Therapie eingeführt und nach und nach absolviert:

1. ausführliche Informationen über die Neuromotorik und Psychophysiologie des Sprechens und Aufklärung über aktuelle Erklärungs- und Behandlungsansätze des Stotterns;
2. Durchführung eines Entspannungstrainings vor allem der am Sprechen beteiligten Muskelbereiche im Gesicht, Hals, Oberkörper und Bauchbereich;
3. systematische Einübung einer das Sprechen begleitenden Mimik, Gestik und Gebärdensprache zur Aufhebung der o. g. Selbsthilfe (bisher fehlende Mimik und Gestik).

Die Sprechübungsbehandlung wurde nach einigen Wochen ergänzt durch den Einsatz von Ton- und vor allem Videoaufzeichnungen des Sprechverhaltens während der Sprechübungen (zum technischen Vorgehen ausführlich: Fiedler & Standop, 1994, Kap. 6.4.4). Insbesondere auf den Einsatz der Video-Rückmeldung kann im nachhinein der schnell eintretende Erfolg der Sprechübungen zurückgeführt werden. Als der Patient sich das erstmal selbst stottern sieht, läßt er unmittelbar eine Reihe von bisher nicht entdeckten und bisher verheimlichten Paraphrasen bleiben und stottert -wenn überhaupt noch – vornehmlich klonisch.

## Sozialtraining auf der Ebene 1

Die raschen Erfolge der Sprechtherapie führen zu einem baldigen Konsens, das Sprechtraining möglichst unmittelbar durch ein Sozialtraining zu ergänzen. Üblicherweise bevorzugen Stottertherapeuten ein verhaltenstherapeutisches Training sozialer Fertigkeiten, in dem zunächst im Therapieraum verschiedene Anforderungssituationen, in denen das Stottern regelmäßig auftritt, simuliert werden. Auch bei der systematischen Einübung eines selbstsicheren Auftretens in verschiedenen sozialen Situationen spielen Ton- und Video-Feedback-Verfahren eine sehr wesentliche Rolle. Übungen im Therapieraum sollten alsbald durch Übungen in sozialen Kontexten des realen Lebensraumes ergänzt werden.

Herr M. bevorzugt einen Wechsel von Trainingseinheiten im Therapieraum und Übungen, die direkt unter den erschwerten Bedingungen der Alltagsrealität durchgeführt werden können. Diese *therapeutischen Exkursionen* werden ebenfalls mit der Video-Kamera festgehalten und jeweils anschließend im Therapieraum ausgewertet. Dieses Arrangement der videogestützten Therapie im realen Umfeld wurde dadurch erleichtert, daß sich der Patient zwischenzeitlich bereiterklärt hatte, daß Videoaufnahmen seiner Therapie für die Produktion eines Lehrfilms über das Stottern verwendet werden können.

Die in-vivo-Übungen des Trainings sozialer Fertigkeiten beinhalteten in den folgenden 10 Wochen der Therapie teilweise wiederholt u. a. folgende Übungsschritte (in der Öffentlichkeit jeweils vor laufender Kamera, wodurch die sozialen Anforderungen weiter erhöht wurden):

- a) Ansprechen einer unbekannten Person auf einer Sportveranstaltung;
- b) nicht vorbereitete Smalltalks mit Studenten eines Fallseminars;
- c) Kauf von Turnschuhen in einem Schuhgeschäft; der Patient mußte vor dem endgültigen Kauf 5 Paar Schuhe begründet zurückweisen;
- d) der Einkauf über eine Ladentheke mit genauer Benennung der Waren, die gekauft werden sollten;
- e) Interviews vor laufender Kamera zur Hauptgeschäftszeit mitten in der Hauptstraße, die ein besonderes Interesse der Passanten auf sich zogen;
- f) Übungen, in denen mündliche Prüfungssituationen der anstehenden Meisterprüfung simuliert wurden;
- g) Telefongespräche mit bekannten und unbekannten Personen über verschieden schwierige Themenstellungen.

Als Stufe mit dem höchsten Schwierigkeitsgrad wurde schließlich vereinbart, daß der Patient einen öffentlich im psychologischen Institut angekündigten Vortrag halten sollte. Thema: „Wie ich mit meinem Stottern leben

lernen kann. Ein Betroffener berichtet.“ Dieser Vortrag wurde zunächst allein vor dem Therapeuten gehalten, dann vor einer größeren Zahl ausgewählter Studenten, die der Patient während der Therapie in einem Fallseminar kennengelernt hatte, schließlich in einem Hörsaal vor größerem Auditorium und laufender Video-Kamera.

## Selbstmodifikation auf der Ebene 2

Die Anleitung von Patienten zur Selbstkontrolle und Selbstmodifikation des Stotterns (der Sprechschwierigkeiten wie der sozialen Schwierigkeiten) gilt als das wesentliche Anliegen der Stotterbehandlung. Unter *Entfaltung* wird vor allem die Identifikation des Stotternden mit seinem Stottern verstanden, mit dem er (als Erwachsener) aller Voraussicht und Erfahrung nach leben lernen muß (vgl. Fiedler, 1989). Im Bereich *Übung* werden die erworbenen Fertigkeiten vertieft und in größeren Zusammenhängen diskutiert. Im Kern geht es hierbei um Fragen nach dem zukünftigen Umgang mit Ansprüchen in Familie und im Freundeskreis, um Probleme am Arbeitsplatz, mit Kollegen und Vorgesetzten, schließlich um Fragen nach den weiteren Lebenswünschen der Patienten im privaten und beruflichen Bereich. Unter *Festigung* werden vor allem Krisenpläne zur Transfersicherung vorbereitet, die auf die Folge abzielen, wie bei einem auftretenden Rückfall selbstverantwortlich zu verfahren ist.

Unter diesen Maßgaben wurden in die Therapie von Herrn M. regelmäßig Therapiebausteine einbezogen, in denen die Frage der Selbstmodifikation jeweils mehr oder weniger explizit im Mittelpunkt stand. Dies waren – neben der Krisenplanung zur Transfersicherung – beispielsweise:

- a) das gemeinsame Anschauen und Diskutieren mit Studenten von/über Filme mit Interviews, die mit Stotternden einer Selbsthilfegruppe zu Themen des Lebens mit dem Stottern geführt worden waren;
- b) ein Hausbesuch von Studenten eines Fallseminars beim Patienten, wo er diese mit seiner Lebens- und Arbeitsumgebung vertraut machte;
- c) psychotherapeutisch orientierte Gespräche zu existentiellen Lebensfragen und -problemen;
- d) Besuche von Lehrveranstaltungen der Therapeuten über das Stottern und Diskussionen mit Studierenden über das Stottern und seine Behandlung; und nach Behandlungsabschluß
- e) das gelegentliche öffentliche Sprechen über das Stottern und seine Behandlung im Rahmen von Lehrveranstaltungen in der Logopäden-Ausbildung, in denen der während der Therapie gedrehte Lehrfilm gezeigt wurde.

## 5 Resümee

Herr M. konnte die Therapie mit recht gutem Erfolg abschließen. Wenn seinem Sprechen auch in vielen bis dahin schwierigen Situationen kaum mehr das Stottern anzumerken war, so war die Sprechstörung selbst nicht gänzlich behoben. Der Patient hat während der Therapie jedoch deutlich an Selbstvertrauen gewonnen und – dies vor allem auch, weil es ja ein wichtiges implizites Therapieziel war – seine Meisterprüfung bei der IHK mit Bravour bestanden. Vier Jahre nach Behandlungsabschluß absolvierte Herr M. erneut eine Therapie. Diesmal bei einem Therapeuten in Hamburg, bei dem er ein Therapie-Programm von Van Riper (1973/1986) in einem mehrwöchigen Kompaktseminar mitmachte.

Therapeuten und ihre erwachsenen Stotterpatienten sollten stets beachten, daß es empirisch gesichert ist, daß im Erwachsenenalter eine völlige Symptommfreiheit durch therapeutische Maßnahmen nur schwer erreichbar ist. Realistisch hingegen ist ein fließenderes Sprechen bzw. „flüssiges Stottern“. Die Stotterforscher sind sich heute weitgehend darin einig, daß das gegenwärtige Therapiepotential lediglich hinreicht, recht bescheidene Ansprüche in der Therapie so zu setzen, daß sie sich auch tatsächlich erfüllen lassen. Man sollte mit den Stotternden darüber sprechen, daß es nur wenige der großen Stotterforscher Amerikas – die oft selbst Betroffene und „begrnadete Stotterer“ waren – geschafft haben, sich selbst erfolgreich und endgültig vom eigenen Stottern zu befreien. Diese „Professoren-Stotterer“ wissen und wußten alle ziemlich genau, was man erfolgreich gegen das Stottern unternehmen kann – nachzulesen ist dies in dem nach wie vor sehr empfehlenswerten Buch „An einen Stotterer“ (Hood, 1983). Auf die Frage, warum er selbst denn immer noch stottere, hat Van Riper kürzlich in einem ebenfalls außerordentlich lesenswerten Praxis-Buch über Stottern (1982) geantwortet: „Ich bin viel zu wenig motiviert und viel zu vernarrt in meine menschlichen Schwächen.“ Van Ripers Lebensresümee ist eine Aufforderung zu mehr Toleranz gegenüber den Schwierigkeiten vieler Stotterer, sich den Mühen der langwierigen Behandlung des Stotterns wirklich konsequent über die durchschnittlich notwendige Dauer von 100 Sitzungen zu unterziehen. Nur bedeutet diese Toleranz gegenüber Inkonsequenz letztendlich immer auch, daß am Ende der Therapie nicht zwingend fließendes und fehlerfreies Sprechen herauskommt.

## Literatur

- Azrin, N.H., Nunn, R.G. (1974). A rapid method of eliminating stuttering by regulated breathing approach. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 279–286.
- Bloodstein, O. (1987). *A handbook on stuttering* (4th ed.). Chicago: National Seal Society.
- Fernau-Horn, H. (1969). *Die Sprechneurosen*. Stuttgart: Hippokrates.
- Fiedler, P. (1988). Sprech-Stunde oder Psychotherapie? Wege und Umwege in der erfolgreichen Behandlung erwachsener Stotternder. In F. Hinteregger & F. Meixner (Hrsg.), *Stottern aus der Sicht der Betroffenen und der Therapeuten* (S. 51–60). Frankfurt: Diesterweg.
- Fiedler, P. (1992). Neuropsychologische Grundlagen des Stotterns. In M. Grohnfeld (Hrsg.), *Handbuch der Sprachtherapie. Band 5: Störungen der Redefähigkeit* (S. 43–60). Berlin: Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess.
- Fiedler, P. (1998). Sprechstörungen: Stottern. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3. Aufl.; S. 445–466). Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. & Standop, R. (1994). *Stottern. Ätiologie, Diagnose, Behandlung* (4. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hood, S. B. (Hrsg.). *An einen Stotterer*. Solingen: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe.
- Jehle, P. (1982). Zur Problematik des Rückfalls in der Stottertherapie. In D. Nord-Rüdiger, I. Graudenz, N. Barth, R.S. Jäger, P. Jehle & R. Kühn (Hrsg.), *Beiträge zu Theorie und Praxis in Psychologie und Pädagogik* (S. 51–74). Frankfurt: Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung.
- Starkweather, C.W. (1987). *Fluency & stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall [dt. (1986). *Die Behandlung des Stotterns*. Solingen: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe].
- Van Riper, C. (1982). *Sprech-Stunde in der Praxis eines Sprachtherapeuten*. München: Reinhardt.
- Wendlandt, W. (1975). *Resozialisierung erwachsener Stotternder*. Berlin: Marhold.
- Wendlandt, W. (1979). *Verhaltenstherapeutisches Sprachtrainingsprogramm für stotternde Kinder und Jugendliche*. Berlin: Marhold.

## Kapitel 16

# Schlafstörung

L. Schindler

## Einführung

Ein- und Durchschlafstörungen nennt man zusammenfassend Insomnien (auch Hyposomnien). Ihre Häufigkeit in der Bevölkerung wird mit Prozentsätzen zwischen 15 und 25 angegeben (vgl. Knab, 1989). Wenn es sich dabei nicht um ein Begleitsymptom einer Grunderkrankung handelt, so spricht man von primärer oder auch psychogener Insomnie. Die Diagnostik ist häufig schwierig, wenn Schlafstörungen in Verbindung mit Angst oder Depression berichtet werden.

Personen, die unter chronischen Schlafstörungen leiden, berichten sowohl von einer verkürzten Schlafdauer und langen Wachzeiten in der Nacht, als auch von leichtem Schlaf, der wenig Erholung bietet und zu Müdigkeit am Tage führt. Neben dieser Verschlechterung von Quantität und Qualität des Schlafes leiden die Betroffenen auch an einer Beeinträchtigung in der Tagesbefindlichkeit und einem erhöhten Ausmaß an Belastung während des Tages berichtet. In der Regel ist zunächst schwierig zu bestimmen, was als Ursache und was als Wirkung anzusehen ist.

Ein allgemeingültiges „Schlaf-Soll“ kann nicht angegeben werden, da das Schlafbedürfnis individuell sehr stark variiert. So wird immer wieder von sog. „natürlichen Kurzschläfern“ berichtet, die angeben, mit 4 bis 5 Stunden Schlaf auszukommen. Generell nimmt die durchschnittliche Schlafdauer mit zunehmendem Alter ab (siehe auch Knab, 1989). Zudem scheinen Schlafgewohnheiten aber auch Lernprozessen zu unterliegen. Aus diesen Gründen können die üblichen Kriterien, die auf Dement & Guilleminault (1973) zurückgehen, nur als Richtwert angesehen werden. Nach diesen Kriterien liegt eine Schlafstörung vor, wenn die Schlafdauer mehr-



mals pro Woche unter 6 ½ Stunden liegt, bzw. wenn die Einschlaf latenz oder die nächtlichen Wachphasen über 30 Minuten betragen.

Die Bedingungen für die Entstehung von Schlafstörungen werden in einem erhöhten kognitiven und physiologischen Erregungsniveau gesehen, das mit Schlaf unvereinbar ist. Diese Erregung wird durch Belastung und durch fehlende Möglichkeiten zur Streßbewältigung während des Tages aufgebaut (siehe z. B. Waters, Adams, Binks & Varnado, 1993). Die Schlafumgebung gleicht den Bedingungen einer sensorischen Deprivation und begünstigt das Auftreten von Grübeln, was wiederum das Erregungsniveau aufrechterhält (Borkovec, 1982).

Akute Schlafstörungen, die durch besonders einschneidende Ereignisse ausgelöst werden, hat fast jeder schon erlebt. Eine solche akute Störung erstreckt sich jedoch meist nur über den Zeitraum einer einzigen oder einiger weniger Nächte. Es stellt sich daher die Frage, welche Bedingungen zu einer Chronifizierung führen. Aufschluß darüber erbringen Studien, in denen „gute“ und „schlechte“ Schläfer miteinander verglichen werden. Bei solchen Vergleichen zeigte sich, daß sowohl in der Lebenssituation als auch im Verhalten deutliche Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen bestehen (z. B. Schindler, Hohenberger-Sieber & Pauli, 1988). Schlafgestörte Personen erleben in verschiedenen Lebensbereichen deutlich mehr an Belastung und zeigen entsprechende Streßreaktionen, wie z. B. Unfähigkeit zur Entspannung (siehe auch Strauch, 1990). Die daraus resultierende Verunsicherung und negative Erwartung gegenüber dem eigenen Schlaf tragen ihrerseits zur Aufrechterhaltung und damit zu einer Chronifizierung bei. Ein weiterer aufrechterhaltender Faktor ist ein unregelmäßiger Schlaf/Wach-Rhythmus, der u. a. dadurch zustande kommt, daß versucht wird, Schlaf nachzuholen.

Aufgrund der aufrechterhaltenden Bedingungen sind für Personen, die an chronischen Schlafstörungen leiden, in der Regel Veränderungen in einer Reihe von verschiedenen Bereichen erforderlich. Sie subsumieren sich in zwei übergeordnete therapeutische Zielbereiche (vgl. Schindler, 1998).

Diese bestehen zum einen in der Veränderung des Schlafverhaltens (siehe z. B. Jacobs, Benson & Friedman, 1993); zum anderen schließen sie Veränderungen in der übrigen Lebenssituation ein, um die funktionalen Bedingungen zu modifizieren, welche für erhöhte emotionale Belastung und damit für die Aufrechterhaltung der Störung verantwortlich sind (vgl. Schindler & Hohenberger-Sieber, 1985).

In der gängigen Therapiefor schung zur Insomnie wird leider immer noch vorwiegend die Wirkungsweise von Einzeltechniken (z. B. Entspannungsverfahren oder Stimuluskontrolle) untersucht. Dies steht in deutlichem Wi-

derspruch zu dem heutigen Wissen über die multiplen Faktoren bei Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung. Aus dem oben beschriebenen Bedingungsmodell ergibt sich die Notwendigkeit einer breiten therapeutischen Intervention. Inzwischen ist die Effektivität eines solchen praxisorientierten Vorgehens sowohl anhand verschiedener kontrollierter Einzelfälle (z. B. Bootzin, 1985; Thoresen, Coates, Zarcone, Kirmil-Gray & Rosekind, 1980; Hohenberger-Sieber, Müller & Schindler, 1986), als auch anhand von Studien mit größeren Stichproben (Schindler & Hohenberger-Sieber, 1985; Schindler, 1991) bereits mehrfach demonstriert worden.

Der hier vorgestellte Fall wurde gewählt, weil sich an ihm sehr gut die funktionalen Bedingungen darstellen lassen, welche für Entstehung und Aufrechterhaltung der chronischen Störung verantwortlich sind. So läßt sich bei der folgenden Darstellung auch die Relevanz des Breitbandansatzes bei der Intervention gut aufzeigen.

## 1 Beschreibung der Störung

### *Biographische Angaben*

Der Patient Herr I. ist 32 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder im Alter von 2 und 4 Jahren. Er arbeitet als leitender Angestellter in einem großen Wirtschaftsunternehmen.

Er hat einen um 6 Jahre jüngeren Bruder und eine um 12 Jahre jüngere Schwester. Emotionale Wärme habe er im Elternhaus nie gespürt. Die Mutter sei sehr launenhaft gewesen. Er beschreibt sie als streng und dominierend, dabei in ihren Stimmungen stark schwankend. Die sehr wechselhafte Beziehung zu ihr habe ihm Angst gemacht. Der Vater hingegen sei eher beständig gewesen; „weich“ auf seine Art, aber andererseits auch ein „Kopfmensch“, so wie er.

Auf Leistung wurde von den Eltern besonderer Wert gelegt, für entsprechende Ergebnisse erfuhr er Aufmerksamkeit. Er scheint immer bemüht gewesen zu sein, störungsfrei zu funktionieren und einwandfreie Leistungen zu erbringen. In Schule und Studium hätten ihn ausgeprägte Prüfungsängste begleitet.

Die kühle Atmosphäre in seiner Herkunftsfamilie und die dort gelernten Interaktionsformen erschweren es ihm bis heute, näheren emotionalen Kontakt in engeren Beziehungen aufzubauen. Dies gilt für den Kontakt mit Freunden und Kollegen, aber auch für die eigene Familie. Sowohl das Verhältnis zu seinen Kindern, als auch zu seiner Frau erscheint eher distan-

ziert. Seine Frau, die er mit 17 Jahren kennengelernt, und mit 24 geheiratet hat, ist zu Hause und nicht berufstätig.

### *Beschwerdebild*

Herr I. leidet unter massiven Einschlafschwierigkeiten, die als chronisch bezeichnet werden müssen. Der Beginn liegt ca. ein Jahr zurück, der verschärfte Zustand besteht seit ca. 2 Monaten. Er räumt ein, daß er schon immer sehr auf seine Gesundheit bedacht gewesen sei und sein Körpergeschehen genau beobachtet habe. Obwohl er bisher noch nie in seinem Leben ernsthaft krank gewesen sei, habe er zunächst an eine organisch bedingte Schlafstörung geglaubt. Eine ausführliche internistische Diagnostik habe jedoch keinen pathologischen Befund erbracht. Nachdem er kurz darauf mehrere Nächte hintereinander völlig schlaflos durchwacht hatte, habe er sich an die Ambulanz einer psychosomatischen Klinik gewandt. Die dort vorgenommenen neurologischen Untersuchungen ergaben keine Auffälligkeiten. Nach einer ersten Krisenhilfe von 4 Gesprächen und einer Medikation mit Halzion wurde dem Patienten dort eine weiterführende Psychotherapie empfohlen.

Entsprechend seinen Schilderungen während der ersten Sitzungen begann die aktuelle Symptomatik vor dem Hintergrund eines bevorstehenden Wechsels in eine Abteilung, in der er selbständig Geschäfte mit großem Risiko abwickeln müsse. Vor einem Jahr hatte er erfahren, daß sein Chef in Ruhestand gehen werde und er eventuell sein Nachfolger werden könne. Ein Vierteljahr später habe sich zunehmend abgezeichnet, daß er die Leitung übernehmen werde, was nun in Kürze der Fall sein wird. Im Zuge dieser Entwicklung habe er sich zunehmend von Kollegen isoliert gefühlt, sich auch selbst immer mehr zurückgezogen. Mit der neuen Position verbunden sei eine beträchtliche Gehaltserhöhung. Anfangs habe er sich darüber gefreut, inzwischen sei er eher beunruhigt; es sei für ihn ein ungutes Gefühl, nunmehr als Abteilungsleiter im Mittelpunkt zu stehen.

Die Beziehung zu seiner Familie schilderte er als distanziert; insbesondere seien ihm die Kinder manchmal lästig. Um sich die Nachtruhe zu sichern, schlafe er seit einigen Jahren alleine, da er sich vor allem anfangs durch die Kinder ziemlich im Schlaf gestört gefühlt habe. Für die Familie habe er unter der Woche wenig Zeit, da er häufig länger arbeiten und zudem über eine Stunde zur Arbeit fahren muß. Somit sieht er die Kinder wochentags nur noch kurz am Abend. Gelegentlich erreichen ihn abends auch noch geschäftliche Telefonate, die ihn dann den ganzen Abend hindurch gedanklich beschäftigen. Auch am Wochenende bleibt nur wenig freie Zeit, da er

sich erholen und Kräfte sammeln müsse. Familiäre Probleme würden ihm den Schlaf nicht rauben.

Noch aus seiner Schulzeit habe er sich einen Freundeskreis in seinem Heimatort erhalten. Man träfe sich zwar regelmäßig, allerdings in großen Abständen und immer seltener. Er fürchtet, sein beruflicher Aufstieg könnte auch diesen Freundeskreis gefährden, d. h. seine Freunde könnten neidisch werden und sich zunehmend entfremden.

Früher sei Schlaf für ihn ein Refugium gewesen, eine Flucht in die Traumwelt. Auch sei er schon immer auf ausreichenden und ungestörten Schlaf bedacht gewesen. Schlafstörungen kannte er so gut wie nicht; wenn sie auftraten, so waren sie auf eine Nacht beschränkt. Erstmals habe er dann vor ca. einem Jahr nach einer ausgedehnten Rennradtour und anschließendem Kaffeegenuß ein ansteigendes Unruhegefühl gespürt, welches sich auch negativ auf den Schlaf in der folgenden Nacht ausgewirkt hätte. Die Unruhegefühle während des Tages hätten in der Folge allmählich zugenommen; ein halbes Jahr später seien Tachykardien, Druckgefühle im Oberbauch und Völlegefühle im Magen hinzu gekommen; eine organische Abklärung habe keinen Befund erbracht. Die Beschwerden während des Tages sowie die Störung des Nachtschlafes hätten zu diesem Zeitpunkt quälende Ausmaße erreicht.

Über die weitere Entwicklung seiner Beschwerden hat er genaue Aufzeichnungen vorgenommen. Er konsultierte zunächst den Hausarzt und bekam Adumbran verschrieben. Als die Einnahme keine schnelle Besserung erbrachte, habe er das Medikament nach wenigen Tagen selbständig wieder abgesetzt. Ebenso habe er später das von der Poliklinik verschriebene Halzion nach zwei Tagen nicht mehr eingenommen.

Zunehmend leide er jetzt auch tagsüber unter gedrückter Stimmung und Mutlosigkeit, und es falle ihm vor allem am Wochenende schwer, aktiv Dinge anzugehen. Selbst wenn er sich tagsüber einigermaßen wohl fühle, spüre er, sobald er sich ins Bett lege, ein zunehmendes Erregungsgefühl und werde „hellwach“. Er höre nachts, wenn er auf der Seite liege, verstärkte Pulsationsgeräusche auf den Ohren, es kommt zu Magenschmerzen und Herzklopfen, die sich zu Angstzuständen steigern können. Er lege sich möglichst auf den Rücken und versuche, an nichts zu denken, um so einzuschlafen. Er vermittelt den Eindruck, als ob er völlig verspannt im Bett liege, ohne sich zu rühren. So liege er über mehrere Stunden wach, werde zunehmend hilflos und aufgewühlt. Seine Gedanken kreisten dann vorwiegend um berufliche Belange, vor allem um seine berufliche Entwicklung, d. h. um seine künftige neue Position und der Abwägung all ihrer Vor- und Nachteile. Oft liege er bis 4 Uhr früh wach, sei dann um 6 Uhr, wenn der Wecker klingelt, völlig übermüdet und zerschlagen.

## 2 Diagnostik

### Psychischer Befund

Im Erstgespräch wirkte der Patient aufgeschlossen und bemüht. Er sprach sehr schnell und schaute immer wieder in seinen Kalender, um keine falschen Aussagen bezüglich seiner Beschwerden zu machen. Affektiv erschien er wenig schwingungsfähig, er ließ so gut wie keine emotionale Betroffenheit aufkommen. In der Grundstimmung erschien er gedrückt, innerlich sehr angespannt und unruhig, in der Umgangsform erschien er freundlich und eher glatt, sehr angepaßt. Er war akkurat gekleidet, wirkte im Verhalten kontrolliert. Der Antrieb schien reduziert, das Denken formal und inhaltlich geordnet; Gefahr von Suizidalität bestand nicht.

Er beschrieb sich selbst als Kopfmensch und Grübler, er sei in allem sehr genau und gewissenhaft; er brauche Strukturierung, wolle an sich arbeiten, könne sich nicht fallen lassen. Er habe sich schon immer extrem gefordert, sei dabei aber auch immer schon nervös und unausgeglichen gewesen. Er führte vieles an seiner Persönlichkeit auf die Erfahrungen in Kindheit und Elternhaus zurück.

### Diagnostische Instrumente

Vor der Therapie, sowie 12 Monate danach wurde eine Fragebogenbatterie zur Veränderungsmessung eingesetzt. In diese Batterie wurden verschiedene Skalen aufgenommen, die den Annahmen über die aufrechterhaltenden Bedingungen der Symptomatik entsprechen (siehe Schindler et al., 1984; Schindler, Hohenberger-Sieber & Pauli, 1989; Schindler, 1991).

#### *Schlaffragebogen*

Der Bogen enthält neben persönlichen Angaben Fragen zu Quantität und Qualität des Schlafes, sowie Art und Dauer von nächtlichen Wachzeiten. Er wird mit der Instruktion vorgegeben, bei der Beantwortung die vergangenen zwei Wochen in Betracht zu ziehen.

#### *Lebenszufriedenheit*

Dieser Fragebogen wurde von Blau (1977) entwickelt. In der hier benutzten Form enthält er 10 verschiedene Lebensbereiche wie Freizeit, Sozial-

kontakt, und Familie. Auf einer Skala von 0 bis 50 wird die Zufriedenheit mit dem jeweiligen Bereich eingeschätzt. Für jeden Lebensbereich sind entsprechende Ankerwerte vorgegeben. Die Angaben pro Lebensbereich können zu einem Gesamtwert addiert werden, der als Index von allgemeiner Lebenszufriedenheit dienen kann. Zu Beginn der Therapie lag dieser Wert bei 350.

### *Depressionsskala D-S'*

Die Depressionsskala D-S' wurde von v. Zerssen (1976) entwickelt. Sie enthält 16 Items mit einer vierstufigen Antwortskala. Die Skala ist anhand verschiedener Stichproben von psychiatrischen Patienten und „Normalpersonen“ entwickelt worden. Zu Beginn der Therapie zeigte der Summenwert von 24 eine stark ausgeprägte depressive Störung an.

### Verlaufsdiagnostik

Von der ersten Sitzung an führte der Patient ein tägliches Schlafprotokoll, in dem er die Uhrzeit des Zu-Bett-Gehens und des Aufwachens, Gesamtschlafdauer und Wachzeiten notierte. Aus der Baseline der ersten drei Wochen war dabei klar zu erkennen, daß es sich um eine reine Einschlafstö-

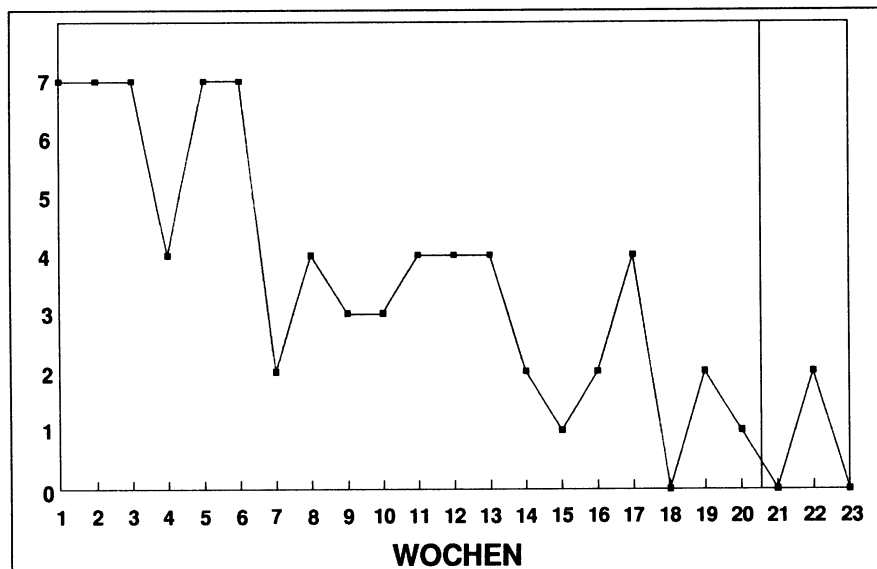


Abbildung 1: Einschlaflatenz über 30 Minuten (Häufigkeit pro Woche)

rung handelte. Nächtliche Wachzeiten waren nur selten, morgendliche Wachzeiten überhaupt nicht festzustellen. In der ersten Woche der Aufzeichnung schwankte die Einschlaf latenz zwischen 1 ½ und 5 Stunden (Mittelwert bei 2 ½ Stunden). Die Gesamtschlafdauer zeigte ein Minimum von 2 und ein Maximum von 7 Stunden, mit einem Mittelwert von 5 Stunden in der ersten Woche der Aufzeichnung.

Der Gesamtverlauf für die Variable Einschlaf latenz ist in Abbildung 1 abgebildet (für die Variable Gesamtschlafdauer siehe Abb. 2). Zur besseren Übersicht sind in der Abbildung Häufigkeiten pro Woche angegeben. D. h. aus den täglichen Aufzeichnungen wurde ermittelt, in wievielen Nächten pro Woche weniger als 30 Minuten Einschlaf latenz bzw. mehr als 6 Stunden Gesamtschlafdauer festzustellen sind. Entsprechend ist in Abbildung 1 zu erkennen, daß Herr I. in den ersten drei Wochen jede Nacht länger als 30 Minuten wach lag, wenn er versucht hatte einzuschlafen. Mehr als sechs Stunden schlief Herr I. in der ersten Woche nur in zwei Nächten, in der zweiten Woche drei Nächte in der dritten Woche nur eine (siehe Abb. 2).

## Diagnose

Es handelt sich um eine sehr stark ausgeprägte Einschlafstörung, mit extrem verlängerter Einschlaf latenz und dauerhaft reduzierter Gesamtschlafdauer.

Differentialdiagnostisch muß die depressive Symptomatik betrachtet werden, da Schlafstörungen als Begleitsymptom einer depressiven Entwicklung auftreten können. Es könnte bei der Diagnosestellung des weiteren an eine „Anpassungsstörung“ (im Sinne der DSM-IV, APA, 1996) im Zusammenhang mit der Veränderung der Berufssituation gedacht werden.

Kriterium bei der Entscheidung über die Diagnose muß der Bericht des Patienten sein (vgl. Lacks, 1987). Da Herr I. von sich aus die Schlafstörung in den Mittelpunkt seines Leidenszustandes stellt, müssen die depressiven Symptome als sekundär betrachtet werden. Eine solche depressive Begleitsymptomatik ist in der Regel bei Personen mit chronischer Insomnie zu beobachten.

Die Schlafstörung kann somit als primär angesehen werden, und nach der „Internationalen Klassifikation der Schlafstörungen“ (ICSD; Schramm & Riemann, 1995) der Kategorie „psychophysiologische Hypsomnie“ zugeordnet werden (siehe hierzu Schindler, 1998).

Die Symptomatik muß vor dem Hintergrund einer narzißtischen und zwanghaften Persönlichkeit gesehen werden.

### 3 Verhaltensanalyse und Erklärungsmodell

#### Entstehung

Von Kindheit an ist die Lerngeschichte von Herrn I. davon geprägt, durch Leistung Anerkennung zu erlangen. So erklärt sich die Etablierung der stark ausgeprägten Leistungsorientierung. Aus der geschilderten Beziehung zu seinen Eltern wird auch deutlich, daß der Patient von klein auf fürchten mußte, bei Ausbleiben von Erfolg Anerkennung und Zuwendung zu verlieren. So ist erklärbar, warum sich Fehlschlagängste in so ausgeprägter Form etabliert und verfestigt haben.

Die bevorstehende berufliche Veränderung stellte für Herrn I. eine ausgeprägte Konfliktsituation dar. Einerseits strebte er den beruflichen Erfolg an, andererseits befürchtete er, den Aufgaben nicht gewachsen zu sein, sowie das Eintreten anderer negativer Konsequenzen, wie den Verlust der Freunde. Das daraus resultierende Ausmaß an Belastung erzeugte ein erhöhtes Anspannungsniveau. Als Schwellensituation erscheint der Tag mit zusätzlicher starker körperlicher Anstrengung (Radtour) und Kaffeegenuß. Diese Bedingungen führten zunächst zu akuten Schlafstörungen. Die bestehende Neigung von Herrn I., seine körperliche Befindlichkeit wachsam zu beobachten, trug in der Folge zur Chronifizierung bei. Durch eine solche Übersensibilität werden bereits geringe physiologische Schwankungen als bedrohlich erlebt. Die dadurch ausgelöste Alarmreaktion trägt ihrerseits zu einer weiteren Erhöhung des Erregungsniveaus bei.

#### Aufrechterhaltung

Die wiederholte negative Erfahrung bei dem Versuch einzuschlafen führte zu der Entwicklung von Erwartungsängsten hinsichtlich solcher Wachzeiten. Im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung trägt das damit einhergehende Erregungsniveau in der Folge tatsächlich zu erhöhter Einschlaf latenz bei. Des weiteren gewinnt die Schlafumgebung aversiven Charakter und wird so zum Auslöser für mit Schlaf inkompatibler Anspannung. Diese Anspannung wurde dadurch weiter aufrecht erhalten, daß der Patient sich gedanklich mit Probleminhalten (Beruf, Gesundheit) beschäftigte, während er wach lag. Morgens fühlte er sich meist zerschlagen und nicht leistungsfähig. Dies erhöhte seine Angst, den gestellten Anforderungen nicht gerecht werden zu können.

In dem Bemühen, „zur Ruhe zu kommen“, schränkte Herr I. alle Aktivitäten in der Freizeit zunehmend ein. Er traf keine Verabredungen mehr und



zog sich zunehmend von der Familie zurück. Durch den damit einhergehenden Verstärkerverlust verschärfte sich die depressive Entwicklung. Außerdem halten die dadurch erzeugten Schuldgefühle wiederum das Anspannungsniveau aufrecht. So wurde nicht nur durch zu wenig Schlaf, sondern auch durch die veränderte Tagesaktivität Stimmung und Befinden beeinträchtigt.

Linderung erhoffte sich Herr I. dadurch, daß er Schlaf nachholen wollte. Um zu genügend Schlaf zu kommen, ging er daher häufig sehr früh zu Bett. Genau dies trägt jedoch zur Aufrechterhaltung der Schlafstörung bei, da die Einschlaf latenz um so größer wird, je früher man zu Bett geht. Somit schließt sich der Teufelskreis, der die Störung aufrechterhält.

## 4 Therapieziele und Behandlungsplan

Herr I. wollte mit Hilfe der Therapie wieder einen erholsamen Schlaf erreichen. Dabei legte er weniger Wert auf die Länge der Schlafenszeit, aber besonderes Gewicht auf die Ungestörtheit des Schlafes. Er gab an, er wäre mit einer regelmäßigen Schlafdauer von 6 Stunden zufrieden, sofern dieser nicht längere quälende Wachzeiten vorausgehen würden. Entsprechend wurden als Therapieziel eine Einschlaf latenz von weniger als 30 Minuten und eine Gesamtschlafdauer von 6 Stunden definiert. Um diese Ziele zu erreichen ergaben sich folgende Interventionsbereiche:

### A. Veränderung des Schlafverhaltens

- Veränderung der Einstellung zum Schlaf
- Änderung der Schlafgewohnheiten
- Wiederherstellung eines geregelten Schlaf/Wach-Rhythmus
- Fähigkeit zur körperlichen Entspannung
- Fähigkeit zur kognitiven Kontrolle

### B. Veränderung der übrigen Lebenssituation

- Abbau von Fehlschlagangst und Erhöhung der Selbstverstärkungsrate
- Reduzierung des überzogenen Leistungsanspruchs
- Fertigkeiten zur Problemlösung und zum Streßmanagement
- Fertigkeiten zur Beziehungsgestaltung
- Ausbau von sozialen und anderen Aktivitäten

Die Behandlung erstreckte sich über 12 Sitzungen in einem Zeitraum von 5 Monaten. Zu Beginn fanden die Sitzungen meist einmal wöchentlich statt, später in Abstand von zwei Wochen. Im folgenden soll die Umsetzung Behandlung im einzelnen beschrieben werden.

### *Veränderung des Schlafverhaltens*

Herr I. hatte einerseits wenig Wissen über den Schlaf, andererseits herrschten bei ihm verschiedene irrationale Einstellungen vor (z. B. akute Gesundheitsgefährdung durch Schlafmangel). Entsprechend wurden dem Patienten zunächst grundlegende Informationen über Struktur und Funktion des Schlafs gegeben. Daraus ließ sich für ihn schlüssig ableiten, daß Wachphasen zwar unangenehm oder gar quälend sein können, daß aber der Organismus durchaus auch über absehbare Zeit mit einem Minimum an Schlaf auskommt.

Verschiedene Maßnahmen zur „Schlafhygiene“ (siehe Lacks, 1987) wurden ergriffen. Diese bestanden zum einen darin, daß der Patient auf eher niedrige Temperatur und ausreichende Belüftung des Schlafraumes achtete. Zum anderen mußten „Nickerchen“ am Tage v. a. an den Wochenenden unterbunden werden. Der Patient neigte dazu, sich tagsüber hinzulegen, um „Kräfte für die Woche zu tanken“; es war jedoch während der Verhaltensanalyse offensichtlich geworden, daß es ihm sowohl an Ideen wie an Antrieb für eine sinnvolle Gestaltung seiner freien Zeit fehlte. Entsprechende Aktivitäten mußten erst entwickelt werden (siehe Komponente B).

Um einen geregelten Schlaf/Wach-Rhythmus wiederherzustellen, wurde eine Tagesstruktur mit festen Zeiten des Zu-Bett-Gehens und des morgendlichen Aufstehens festgelegt. Dieser Zeitplan wurde über die gesamte Dauer der Therapie beibehalten.

Herr I. stand werktags um 6 Uhr auf. Entsprechend des angestrebten Zieles von 6 Stunden Schlafdauer ergab sich 23 Uhr als frühester Zeitpunkt des Zu-Bett-Gehens. Durch diese Beschränkung der Zeit im Bett, läßt sich die Wahrscheinlichkeit längeren Wachliegens verringern (vgl. Spielman, Sassin & Thorpy, 1987). Idealerweise wäre der Zeitpunkt des Zu-Bett-Gehens auf 24 Uhr festzulegen. Dies hatte jedoch starke Ängste bei Herrn I. geweckt und damit die Compliance gefährdet. Daher erschien 23 Uhr als Zeitpunkt der Wahl.

Um Fertigkeiten zur körperlichen Entspannung zu vermitteln, wurde das Training in progressiver Muskelentspannung (Jacobson, 1938) eingeführt. Nach ersten Übungen in der Sitzung erhielt der Klient eine entsprechende Tonbandkassette mit der Anweisung, zu Hause täglich zu üben. Diese Übungen sollten in zeitlichem Abstand vor dem Zu-Bett-Gehen vorgenommen werden.

In Ergänzung zur körperlichen Entspannung wurden Maßnahmen zur kognitiven Kontrolle eingeführt. Neben dem Training in Selbstinstruktionen beinhaltete dies die Übung von Ruhebildern (Lazarus, 1980).

Nachdem Herr I. die körperliche wie die kognitive Entspannung weitgehend beherrschte, sollten diese Fertigkeiten systematisch zur Förderung des Schlafes eingesetzt werden. Um den „Gedankenstop“ bei nächtlichem Grübeln weiter zu erleichtern, wurde vereinbart, daß er auftauchende Probleminhalte mit Stichwort kurz notiert. Diese Themen wurden dann in den folgenden Therapiesitzungen zum Gegenstand des Problemlösetrainings gemacht.

### *Veränderungen in der übrigen Lebenssituation*

Zunächst wurde ein sog. „positives Tagebuch“ eingeführt, welches das systematische Sammeln und schriftliche Fixieren von angenehmen Erlebnissen bedeutet. Dies sollte dazu dienen, der Fixierung der Aufmerksamkeit auf negative Gedanken entgegenzuwirken. Durch die Verschiebung des Aufmerksamkeitsfokus auf positive Selbstkognitionen wird die Stimmung angehoben, weitere angenehme Erfahrungen erleichtert, und somit das Selbstbild positiv verändert (vgl. Zimmer, 1993). Nach ersten Erfolgen wurde diese Komponente durch Übungen zur Wahrnehmung und zum Genießen positiver Erlebnisse ergänzt (vgl. Lutz, 1993).

Um die Selbstverstärkungsrate zu erhöhen mußten des weiteren die Leistungskriterien des Patienten modifiziert werden. Im Sinn des Selbstregulationsmodells (siehe Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) ist die Selbstverstärkungsrate das Ergebnis des Vergleiches von beobachtetem Verhalten und Anforderung an des eigene Verhalten. Liegt das Anspruchsniveau sehr hoch, kann das eigene Verhalten die gesetztem Kriterien nicht erfüllen. Das hohe Ausmaß an Selbstbestrafung das sich daraus ergibt, resultiert in dauerhaft reduzierter Selbsteffizienz. Daraus entwickelt sich ein chronisch erhöhtes Spannungsniveau, da der Patient fortwährend befürchtet, ihm gestellten Aufgaben nicht gewachsen zu sein.

Als Vorbereitung zur Beziehungsgestaltung in der Familie und zur Konfliktlösung im beruflichen Bereich wurden soziale Fertigkeiten hinsichtlich offener Kommunikation im Rollenspiel aufgebaut. Entsprechende Hausaufgaben dienten zur Umsetzung zwischen den Therapiesitzungen. In diesem Zusammenhang artikulierte Herr I. erstmals Schuldgefühle gegenüber der Familie, insbesondere die Kinder betreffend. Er würde gerne die Beziehung intensivieren, erlebte aber einen Interessenkonflikt mit seiner Arbeit, die ihn ja künftig noch mehr in Anspruch nehmen werde. Mittels sokratischem Dialog konnten erfolgreich Wertigkeiten hinterfragt, bzw. „Katastrophen-Denken“ weiter abgebaut werden.

Anhand von aktuell auftretenden Situationen, in denen Herr I. von starker Anspannung und Versagensängsten berichtete, wurden weitere „automati-

sche Gedanken“ exploriert und modifiziert (siehe Beck, Rush, Shaw & Emery, 1992). So wurden Einstellungen herausgearbeitet (z. B. „immer fehlerfrei arbeiten“; „alles muß absolut zuverlässig sein“) und kognitive Umstrukturierungen eingeleitet.

Es wurde eine Tagesstruktur für den Arbeitstag eingeführt, wobei darauf geachtet wurde, daß eine Reihenfolge von zunächst unangenehmen und anschließend angenehmen Erledigungen gewährleistet ist. Der Umgang mit Belastung bzw. Möglichkeiten zur Streßreduzierung wurden geübt und in Selbstkontrollprogrammen für die Zeit zwischen den Sitzungen festgelegt.

### Therapieverlauf

Bereits in der vierten Sitzung hatte Herr I. die ersten Maßnahmen zur Veränderung des Schlafverhaltens gut umgesetzt. So hatte er für die Werktage 23 Uhr als festen Zeitpunkt des Zu-Bett-Gehens etabliert, was allerdings nicht sofort auch zu einer Einschlaf latenz von weniger als 30 Minuten führte.

Der Patient berichtete bereits nach den ersten Interventionen von zunehmender Verbesserung des Schlags. In der fünften Sitzung waren bereits

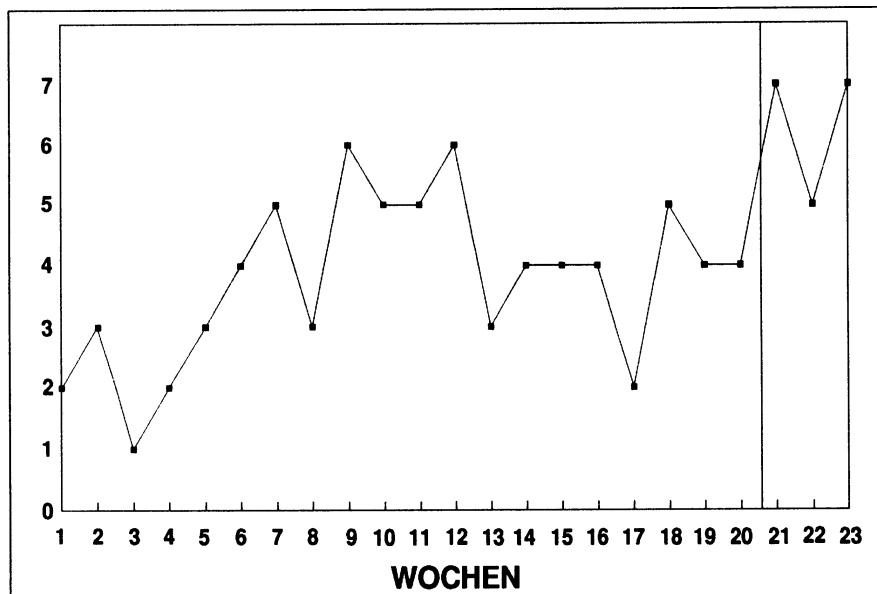


Abbildung 2: Schlafdauer über 6 Stunden (Häufigkeit pro Woche)

fünf gute Nächte pro Woche (Behandlungswoche 7) festzustellen, wie es sich aus dem Schlaftagebuch ablesen läßt (siehe Abb. 2).

Allerdings hatte Herr I. wiederholt Einbrüche am Wochenende erlebt. Wie bereits erwähnt, konnten als Bedingungen dafür Antriebslosigkeit und Inaktivität herausgearbeitet werden. Daraus ergab sich der weitere Ausbau persönlicher Interessen und Unternehmungen, der mittels eines Selbstkontrollprogrammes vorgenommen wurde.

Im Anschluß an die sechste Sitzung fuhr Herr I. mit seiner Familie für zwei Wochen in Urlaub. Dies war ein hilfreicher Umstand, um sich von der Arbeit weiter kognitiv zu distanzieren. Dazu gehörten Maßnahmen wie z. B. keine Fachbücher mitzunehmen, und nicht in der Firma anzurufen. Des weiteren war dadurch Zeit und Gelegenheit für Aktivitäten gegeben, die der Patient für sich alleine bzw. mit seiner Familie (Strandspaziergang, Spiele u. ä.) entwickeln wollte. Der Urlaub stellte jedoch andererseits eine gewisse Gefahr für den gerade erst etablierten regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus dar. Entsprechend ergab sich eine Stagnation in den Wochen 11 bis 13 (siehe Abb. 1).

Danach zeigten sich bis zur Behandlungswoche 16 die Veränderungen im Schlaf über 3 Wochen hinweg stabil (siehe Abb. 1 und 2). Im familiären Bereich bahnten sich erfolgreiche und dauerhafte Veränderungen an. Er fühlte sich in der Arbeit und Freizeit deutlich entspannter, die Atmosphäre in der Familie war bereits vertrauter geworden. Der Patient berichtete von wachsender Zuversicht. Jedoch in der 17. Woche zeigte sich ein Einbruch, der nochmals den Zusammenhang zwischen akuter Belastung und verlängerter Einschlaf latenz unterstreicht. Der Patient berichtete von einem neuen bevorstehenden „großen Problem“ in der Arbeit, die resultierenden Erwartungsängste hatten zu einem erhöhten Spannungsniveau geführt, was sich unmittelbar in einer verschlechterten Schlafqualität widerspiegelte.

Nach der erfolgreichen Bewältigung dieses Einbruchs und der entsprechenden Herausforderung, zeigte sich eine deutliche Entlastung im Arbeitsbereich. Herr I. war kommissarischer Leiter der Abteilung geworden, was ihn zu dieser Zeit bereits nicht mehr beunruhigte.

Mit Ausnahme von wenigen Nächten erlebte er erholsamen und stabilen Schlaf. Seine Selbsteffizienz war wiederhergestellt, er hatte Fertigkeiten gelernt, die ihm das Vertrauen gaben, auch alleine neu auftretende Schwierigkeiten bewältigen zu können.

Bei Ende der Therapie wurde das Weiterführen der Selbstkontrollprogramme über das Ende der Behandlung hinaus betont. Noch relevante oder verbliebene Zielbereiche wurden zusammengestellt und in eine Hierarchie gebracht, sowie einzelne Selbstkontrollprogramme vorstrukturiert. Im Sin-

ne des Selbstmanagements wurden aus dem Verlauf der Therapie übergeordnete Regeln zur persönlichen Veränderung zusammengefaßt, mit denen Herr I. eventuell künftig auftretende kritische Situationen selbst bewältigen kann (vgl. Kanfer et al., 1996).

## 5 Resümee

Anhand des Schlafstagebuchs ist zu sehen, daß Herr I. bei Ende der Behandlung das Therapieziel weitgehend erreicht hatte. Dies wird deutlich, wenn man die letzten drei Behandlungswochen betrachtet. In dieser Zeitspanne schlief er 4 bis 5 Nächte pro Woche mehr als 6 Stunden (siehe Abb. 2). Vor allem gab es nur noch 1 bis 2 Nächte pro Woche, in denen er über 30 Minuten zum Einschlafen benötigte (siehe Abb. 1). Wenn es länger als 30 Minuten dauerte, so lag Herr I. maximal 1 Stunde wach. Bei der Nachkontrolle nach einem Jahr (Wochen 21 bis 23 in den Abbildungen) zeigten sich noch weitergehende Verbesserungen. So berichtete Herr I. 12 Monate später nur noch von zwei schlechteren Nächten im Verlauf von drei Wochen.

Die Erfolge bildeten sich auch in den Fragebogeninstrumenten ab. So zeigt der Summenwert von 400 eine deutlich gestiegene Lebenszufriedenheit (u. a. in den Bereichen Selbstakzeptanz und Freizeit). Der Depressionswert von 9 Punkten liegt nunmehr im Normalbereich.

Herr I. kann aus verschiedenen Gründen als „typischer Fall“ einer Insomnie gelten. Dies betrifft zum einen die anfängliche körperliche Attribuierung, die bei Schlafstörungen in der Regel zu beobachten ist. D. h. vom Betroffenen wird häufig zunächst eine physische Ursache für den gestörten Schlaf geäußert. Entsprechend wenden sich Personen, die an Schlafstörungen leiden, meist an einen Arzt und werden dort medikamentös behandelt. Dies zeigt die Notwendigkeit einer besseren Information für Ärzte über die psychogenen Ursachen und die nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten.

Bei den Patienten ist meist eine starke Ambivalenz zu beobachten. Einerseits wissen sie meist aus eigener Erfahrung um die Zusammenhänge zwischen ihrer Lebenssituation und den Schlafstörungen. Andererseits machen ihnen die notwendigen persönlichen Veränderungen Angst, und sie hoffen auf ein externes Heilmittel. Für eine entsprechende Einstellungsänderung vor Beginn der Behandlung sind folgende Maßnahmen hilfreich:

- die Konfrontation mit den verschiedenen ärztlichen Untersuchungen (die ja in den meisten Fällen ohne Befund sind)
- die Vermittlung von Information über Schlaf und Schlafstörung
- eine schrittweise konfrontative, provokative Gesprächsführung

Diese Maßnahmen sind deswegen hilfreich, weil sie bereits auf eine entsprechende Bereitschaft treffen. Dadurch, daß der Patient sich an einen Psychotherapeuten gewandt hat, hat er sich ja bereits prinzipiell einem entsprechenden Erklärungsmodell und der daraus folgenden Intervention gegenüber geöffnet.

In der ersten Sitzung hat auch Herr I. zunächst ein körperlich ausgerichtetes Erklärungsmodell vertreten. Damit verbunden äußerte er eine eher passive, konsumorientierte Therapiehaltung: Therapie als Medikament. Mit Hilfe der genannten Maßnahmen gelang jedoch in den ersten beiden Sitzungen die notwendige Änderung der Therapiemotivation. Damit war auch die erforderliche Form von therapeutischer Arbeitsgemeinschaft hergestellt. Nachdem sich Herr I. der psychogenen Verursachung gegenüber geöffnet hatte, arbeitete er sehr motiviert und konsequent mit. Hierbei kam ihm seine Gründlichkeit und Zielstrebigkeit zugute. Die relativ kurze Behandlungszeit läßt sich durch diese Arbeitshaltung erklären. Auch nach Therapieabschluß führte er in Form von Selbstkontrollprogrammen die Änderungsschritte weiter.

Als eher untypisch im vorliegenden Fall muß das Therapieziel von 6 Stunden Schlaf angesehen werden. Meist werden von den Patienten eher 7 bis 8 Stunden angestrebt und es ist Aufgabe zu Beginn der Therapie, diese Erwartung auf ein realistisches Maß zu reduzieren.

Die relativ kurze Behandlungszeit auch bei einer stark ausgeprägten chronischen Störung läßt sich jedoch generell in Aussicht stellen, wenn es gelingt, den Konsens über ein entsprechendes Erklärungsmodell zu schaffen und eine konstruktive therapeutische Arbeitsbeziehung herzustellen (vgl. Schindler, 1991). Eine solche therapeutische Beziehung hat sich als die wichtigste Voraussetzung für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf erwiesen.

## Literatur

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Blau, T.H. (1977). Quality of life, social indicators, and criteria of change. *Professional Psychology, 11*, 464–473.
- Bootzin, R.R. (1985). Insomnia. In M. Hersen & C.G. Last (Eds.), *Behavior Therapy Casebook*. New York: Springer.
- Borkovec, T.D. (1982). Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 880–895.

- Dement, W.C. & Guilleminault, C. (1973). Sleep disorders: The state of the art. *Hospital Practice*, 8, 51–71.
- Hohenberger-Sieber, E., Müller, G. & Schindler, L. (1986). Treatment of sleep-maintenance insomnia: A case study using time-series analysis. *Behavioral Psychotherapy*, 14, 326–333.
- Jacobs, G.D., Benson, H. & Friedman, R. (1993). Home-based central nervous system assessment of a multifactor behavioral intervention for chronic sleep-onset insomnia. *Behavior Therapy*, 24, 159–174.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Knab, B. (1989). *Schlafstörungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lacks, P. (1987). *Behavioral treatment for persistent insomnia*. New York: Pergamon Press.
- Lazarus, A. (1980). *Innenbilder: Imagination in der Therapie und als Selbsthilfe*. München: Pfeiffer.
- Lutz, R. (1993). Genußtraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Schindler, L. (1998). Schlafstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung*. Berlin: Springer.
- Schindler, L., Hohenberger, E. & Müller, G. (1984). Der Vergleich von guten und schlechten Schläfern: Eine Studie zur Exploration möglicher Interventionsbereiche. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 29, 145–153.
- Schindler, L. & Hohenberger-Sieber, E. (1985). The need of a multifaceted behavioral approach to the treatment of insomnia. In W.P. Koella, E. Ruether & H. Schulz (Eds.), *Sleep '84*. Stuttgart: Fischer.
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E. & Pauli, P. (1988). Korrelate des gestörten Schlafes: Eine Replikationsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 118–130.
- Schramm, E. & Riemann, D. (Hrsg.) (1995). *Internationale Klassifikation der Schlafstörungen ICSD*. Weinheim: Beltz.
- Spielman, A.J., Saskin, P. & Thorpy, M.J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10, 45–56.
- Strauch, I. (1990). Schlaf: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Klinische Psychologie Bd. I*. Bern: Huber.
- Thoresen, C.E., Coates, T., Zarcone, V., Kirmil-Gray, K. & Rosekind, M.R. (1980). Treating the complaint of insomnia: Self-management perspectives. In I.M. Ferguson & C.B. Taylor (Eds.), *A comprehensive handbook of behavioral medicine*. New York: Springer.
- Waters, W.F., Adams, S.G., Binks, P. & Varnado, P. (1993). Attention, stress, and negative emotion in persistent sleep-onset and sleep-maintenance insomnia. *Sleep*, 16, 128–136.
- Zerssen, v.D. (1976). *Depressivitätsskala D-S und D-S'*. Manual. Weinheim: Beltz.
- Zimmer, F.T. (1993). Kontrolle verdeckter Prozesse: Aufbau eines positiven Selbstkonzepts. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.



## **Beziehungs- und Interaktionsstörung**

Brigitte Schröder und Kurt Hahlweg, Braunschweig

### **Einleitung**

Beziehungsstörungen, Eheprobleme, gestörte Paarinteraktionen – was ist das? Die Krankenkassen sagen: Nichts, was Krankheitswert hat, also die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die Folge: Krankenkassen bezahlen Paartherapien nicht. Andere Gruppen in unserem Lande sind aber sehr besorgt über z. B. 135.000 Ehescheidungen im Jahr 1992 in der Bundesrepublik (DPA-Mitteilung vom 06.08.1993). Politiker sehen die Keimzelle des Staates in Gefahr, Kirchen die Moral und die Ethik. Andere, z. B. die Mitarbeiter von Erziehungsberatungsstellen, Lehrer in Schulen oder einfach nur Mitmenschen, sehen durch die Schwierigkeiten ihrer Eltern verunsicherte, gestörte, verhaltensauffällige und unglückliche Kinder. Auch wenn Krankenkassen den Krankheitswert verneinen: klinisch tätige Psychotherapeuten haben da andere Erfahrungen. 50 % der Patienten, die an einer Depression erkrankt sind, geben auch an, daß sie unter Beziehungsproblemen leiden. 50 % der Personen, die um Eheberatung nachsuchen, leiden auch an klinisch relevanten depressiven Störungen (Beach, Sandeen & O’Leary, 1990). Ähnliche Zahlen gelten für Personen mit funktionellen Sexualstörungen. Auch hier wird häufig die sexuelle Störung (Erektions-, Appetenz-, Orgasmusstörung) begleitet von als unbefriedigend und belastend erlebten Interaktionen des Paares im Alltag (Zimmer, 1985). Ebenso vice versa: Beziehungsprobleme, die z. B. zum Aufsuchen einer Beratungsstelle führen, sind begleitet von sexuellen Problemen (Hahlweg, 1986).

Gestörte Paarinteraktion gilt auch als eine wichtige Determinante bei Psychosen. Darauf weisen die Ergebnisse der Studien zur Rückfallgefährdung bei schizophrenen Erkrankungen hin. Kehren Patienten zu Partnern oder anderen engen Familienangehörigen zurück, die ihnen deutlich kritisch

gegenüberstehen, erleiden sie zu 48 % innerhalb von 9 Monaten nach Entlassung einen Rückfall (Hahlweg, Dürr & Müller, 1995) im Gegensatz zu 21 %, die zu einem annehmenden Partner zurückkehren oder in eine Familie, in der die Interaktionen und Problemlösungen nicht so negativ verlaufen. Ähnliches scheint für Rückfallgefährdung nach bipolar-manischen Erkrankungen (Miklowitz & Goldstein, 1997) und depressiven Störungen (Hooley, Orly & Teasdale, 1986) zu gelten. Eine Reihe von Interventionsstrategien wurden entwickelt und erfolgreich überprüft (vergl. z. B. Falloon et al., 1984; Hahlweg et al., 1995). Allen gemeinsam sind Komponenten, die auch in der verhaltenstherapeutischen Ehe-/Paartherapie zentral sind.

Was sind denn nun Determinanten einer gestörten Beziehung? (Die Autoren verwenden jetzt, wie im gesamten Text, die Begriffe Partnerschaft, Ehe, intime Beziehung synonym.) Aus einer wahren Fülle von Untersuchungen und Veröffentlichungen zu diesem Thema (vgl. Hahlweg, 1986) erbrachten die Studien, die gezielt die Transaktionen der Paare untersuchten, die klarsten Ergebnisse (Gottmann, 1987; Hahlweg, 1998; Markman, Duncan, Storaasli & Howes, 1987; Noller & Fitzpatrick, 1988; Schaap, 1982). Unglückliche Paare unterscheiden sich in erster Linie hinsichtlich der Merkmale Kommunikation und Problemlösefertigkeit von glücklichen. Z. B. sind sie, wenn sie miteinander über einen Konflikt in der Partnerschaft diskutieren, nonverbal negativer als zufriedene Paare. Sie schauen den Partner seltener an, lächeln weniger, sprechen unbeteiligter, die Stimme ist schärfer, kälter, häufig lauter und sie nehmen eine vom Partner abgewandte Haltung ein. Verbal äußern sie selten eigene Wünsche und Gefühle, äußern seltener ihre persönliche Gedanken, sondern kritisieren ihren Partner und werten ihn mit Äußerungen ab, rechtfertigen das eigene Verhalten und stimmen selten Darstellungen des Partners zu. Ein besonders beeindruckender Unterschied zeigt sich bei sequenzanalytischer Auswertung von solchen Gesprächen. Paare mit niedriger Ehequalität verstricken sich häufig in fortdauerndes negatives Verhalten, indem sie sich kritisieren, beschuldigen, einander Vorwürfe machen und anklagen. Solche Eskalationsketten halten bei unglücklichen Paaren wesentlich länger an als bei glücklichen, die anscheinend in der Lage sind, eher „auszusteigen“. Die schlechtere Problemlösefähigkeit zeigt sich auch in Fragebogenstudien (Klann, Hahlweg & Hank, 1992), bei denen Partner aus belasteten Beziehungen mehr Problembereiche und ungünstigere Lösungsstrategien angaben (viel Streit oder „unter den Teppich kehren“). Außerdem erreichen sie „schlechtere“ Werte in Bereichen wie Sexualität, Freizeitgestaltung, Zufriedenheit mit Kindern, Finanzplanung, Haushaltsführung und andere. Allerdings zeigt schon eine einfache Globaleinschätzung über die Zufriedenheit mit der Ehe (bereits 1938 entwickelt von Terman) an, wie

belastet das Paar, bzw. der Partner ist. Deshalb sollte für die Indikationsstellung des Praktikers – „Ist dieses Paar geeignet für eine Paartherapie? Wird es profitieren?“ – die subjektive Einschätzung und der Wunsch nach Therapie handlungsleitend sein. Die genauere Differentialdiagnostik dient (s. 2) dann eher der Therapieplanung und -evaluation. Für dieses Vorgehen, das die subjektive Einschätzung der Hilfesuchenden zu einem wichtigen Kriterium macht, sprechen auch Ergebnisse, die Jacobsen und Mitarbeiter (1987) berichteten. In einer Vergleichsstudie untersuchten sie die Effekte von verhaltenstherapeutischer Paartherapie für die Reduktion von Symptomen bei depressiven Erkrankungen im Vergleich zu einer kognitiven Einzeltherapie a la Beck et al. (1992). Beide Vorgehensweisen erbrachten vergleichbare Erfolge und Verbesserungen. Von der Paartherapie profitierten aber besonders Paare, die subjektiv davon überzeugt waren, daß ihre unbefriedigende Beziehung mit der Erkrankung zusammenhängen könnte.

## 1 Das Paar: Selbstgeschilderte Problematik und Therapiewünsche

Das Ehepaar Z. kam auf Rat der behandelnden Stationsärztin von Frau Z. in die Ambulanz, um nach der Möglichkeit einer Eheberatung zu fragen. Frau Z. war in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus nach Ausbruch einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Anteilen (DSM-IV 296.34) 6 Wochen lang stationär behandelt worden. Diese Episode war der zweite Rückfall in einem Zeitraum von 5 Jahren. Die Entlassungsdiagnose gab ihren Zustand als voll remittiert an. Frau Z. bekam als Langzeitmedikation ein Neuroleptikum, ein Antidepressivum und ein Präparat aus dem Formenkreis der Tranquilizer. In der Vorbereitung der Entlassung hatte Frau Z. ihre Unzufriedenheit mit der Beziehung zu ihrem Partner artikuliert. Sie fühlte sich unglücklich und hoffnungslos, hatte Angst, daß „... nach der ersten Zeit, in der sich mein Mann freut, daß ich wieder gesund bin, alles wieder beim Alten ist.“ Bereits vor dem Krankenhausaufenthalt hatte sie Versuche unternommen, mit ihrem Mann eine Eheberatung aufzusuchen. Dies war von ihm aber immer abgelehnt worden.

Frau Z. schildert, daß ihre Ehe nach der Geburt des dritten Kindes vor 7 Jahren immer schlechter geworden sei. Ihr Mann würde sich kaum noch im Haus und in der Familie engagieren. Es gebe immer weniger gemeinsame Gespräche, kaum gemeinsame Unternehmungen, man schweige sich immer mehr an. Vereinzelt gebe es heftige Auseinandersetzungen, z. B. um Neuanschaffungen oder das Freizeitverhalten der Familienmitglieder. Diese Auseinandersetzungen würden in der Regel ergebnislos abgebrochen

und nach einigen Stunden, manchmal auch Tagen, täte man so, als sei nichts passiert. Von der Therapie erhoffe sie, daß sie beide lernten, miteinander zu reden. Sie wünscht sich, daß ihr Mann sie als eigenständige Person akzeptiert, ihrem Wunsch nach Berufstätigkeit zustimmen möge und daß es generell zu mehr Gemeinsamkeiten käme. Sie glaubt, das Wichtigste sei, daß sie lernten sich einander mitzuteilen und dies sei ohne Hilfe „von außen“ nicht möglich. Trennungsgedanken habe sie nicht, sie sei aber immer wieder sehr traurig und hoffnungslos, wenn sie an die frühen Zeiten ihrer Ehe denkt.

Herr Z. gibt an, daß er zu diesem Erstgespräch mitgekommen sei, weil ihm die Ärztin klargemacht habe, daß die ehelichen Spannungen bei seiner Frau die Rückfallgefahr erhöhen könnten. Er sei selbstverständlich bereit, alles zu tun, was seiner Frau helfen könne. Ansonsten halte er ihre Schilderung für übertrieben. Sie seien schließlich kein junges Ehepaar mehr, da sei eben vieles Routine, man müsse nicht mehr über alles reden. Er liebe seine Frau und denke nicht an Trennung, allerdings hält er zur Zeit seine Beziehung auch für sehr belastet und eher unglücklich, vor allem, weil seine Frau seit längerer Zeit sehr abweisend sei und vor einem Jahr aus dem ehelichen Schlafzimmer ausgezogen sei.

Wir haben diesen Fall gewählt, weil er mehrere Schwierigkeiten vereint, mit denen Praktiker rechnen müssen, die mit Paaren arbeiten wollen: Es besteht neben der Beziehungsstörung eine individuelle Störung, ein Partner ist nur „mitgenommen“ worden und erscheint wenig motiviert und die Beziehungsstörung besteht seit längerer Zeit.

In der Verhaltenstherapie-Ambulanz des Psychologischen Instituts der TU Braunschweig werden, wenn immer sich dies organisatorisch einrichten läßt, Paartherapien in Cotherapie durchgeführt, d. h. zwei Behandler, im Idealfall ein männlicher Therapeut und eine weibliche Therapeutin, führen die Therapie gemeinsam durch. Untersuchungen (vgl. Arentewicz & Schmidt, 1986) weisen aber darauf hin, daß es auf die Wirksamkeit von Paartherapien keinen Einfluß hat, ob diese von einem Therapeutenpaar oder einem Therapeuten allein durchgeführt werden. Zimmer (1985) schlägt vor, daß man bei der Durchführung einer Paartherapie als alleiniger Therapeut im Gespräch mit dem Paar thematisieren sollte, ob es dem jeweiligen Partner unangenehm ist, nicht nur seiner Frau, sondern einer weiteren weiblichen Person (bei weiblichen Therapeuten) gegenüber zu sitzen.

## 2 Geschichte der Beziehung, Differentialdiagnostik

Bei dem verhaltenstherapeutischen Vorgehen, das auch bei dem hier vorgestellten Paar zur Anwendung kam (Hahlweg, Schindler & Revenstorf, 1982), werden die auf das Erstgespräch folgenden 2 bis maximal 4 Sitzungen, in denen Anamnese, Verhaltensanalyse und Differentialdiagnostik das Thema sind, in Einzelsitzungen mit jedem Partner durchgeführt.

Herr und Frau Z. berichteten beide von einer unauffälligen, eher glücklichen Kindheit. Die Ehe ihrer Eltern schilderten beide als wohl ganz glücklich und stabil. Zu zärtlichen Gesten den Kindern gegenüber sei es eher selten gekommen, und Zärtlichkeiten zwischen den Eltern hatten nie vor den Augen der Kinder stattgefunden. Herr Z. ist besonders stolz darauf, sich aus „kleinen Verhältnissen“, der Vater war Arbeiter, emporgearbeitet zu haben. Er hat nach dem Hauptschulabschluß eine erfolgreiche Lehre in einem kaufmännischen Beruf absolviert und ist heute in leitender Position tätig („Meine Kollegen haben fast alle Abitur.“). Frau Z. hat auch den Hauptschulabschluß gemacht, eine Lehre absolviert und in ihrem Beruf bis zur Geburt der 1. Tochter (sie war damals 26 Jahre) gearbeitet. Frau Z. war 23 Jahre alt, als sie ihren Partner bei einem Tanzvergnügen kennenlernte. Herr Z. war mit 32 Jahren 9 Jahre älter. Für ihn war es nach etlichen kurzlebigen Episoden die erste feste Partnerschaft. Für Frau Z. war ihr Partner die zweite feste Beziehung, allerdings der erste Partner, mit dem sie eine intime Partnerschaft einging. Das Paar heiratete knapp ein Jahr nachdem sie sich kennengelernt hatten. Zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit den Therapeuten besteht die Ehe seit 18 Jahren, Frau Z. ist 42, Herr Z. 51 Jahre alt. Ihre Kinder, drei Mädchen, sind 16, 13 und 7 Jahre alt.

Zur Differentialdiagnostik von Beziehungsstörungen stehen eine Reihe gut evaluierter Instrumente zur Verfügung (s. z. B. eine Zusammenstellung bei Hank, Hahlweg & Klann, 1989). Wir benutzten den MSI von Synder (deutsche Übersetzung und Validierung bei Klann et al., 1992), den Partnerschaftsfragebogen (PFB), die Problemliste und die „Fragen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft“ (Hahlweg, 1996).

Alle Meßinstrumente zeigten deutlich „schlechtere“ Werte, als sie von Paaren erzielt werden, die in befriedigenden Partnerschaften leben. Die Unterschiede betrafen Art und Häufigkeit des Streitverhaltens, der Kommunikation und Zärtlichkeit. Frau Z. hatte in der Problemliste explizit 7 Konfliktbereiche benannt. Auch Herr Z. beurteilte 7 Bereiche als besonders konfliktbehaftet. Beide gaben an, daß die meisten Probleme gar nicht mehr angesprochen, sondern „unter den Teppich gekehrt“ werden. Wenn sie doch einmal versuchten, einen Konflikt zu lösen, kommt es zu Streit, in dessen Verlauf Herr Z. oft laut wird, Frau Z. weint, beide einander

Vorwürfe machen. Meist beendet einer der Partner den Streit dadurch, daß er weggeht. Die Mißstimmung hält meist 1 bis 2 Tage an, danach tut das Paar „als sei nichts geschehen“.

Bei der genaueren Verhaltensanalyse läßt man zweckmäßigerweise die Partner Rangreihen der derzeitigen Probleme erstellen und exploriert einige genauer. Dabei ist es hilfreich, von der erst globalen Schilderung immer spezifischer zu werden, d. h. sich einen Streit bezüglich dieses Themas detailliert schildern zu lassen nach dem Schema: auslösende Situation, die eigene Reaktion (auf den drei Ebenen Kognitionen, Emotionen, offenes Verhalten), die dann folgende Partnerreaktion und die Konsequenzen für das eigene Erleben und die Paarinteraktion (kurzfristig, langfristig) (Baum & Epstein, 1990; Hahlweg et al., 1982).

Für Frau Z. rangierten die Problembereiche „Zuwendung des Partners“, „Einteilung des monatlichen Einkommens“ und „Sexualität“ an oberster Stelle. Auch belastend aber nachgeordnet in der Bedeutung waren für sie „Kindererziehung“, „gemeinsame Gespräche“, „Temperament des Partners“ und „Berufstätigkeit“. Unter Zuwendung des Partners versteht Frau Z. vor allem Unterstützung durch den Partner, z. B. in Gesellschaft („dort soll er sich zu mir bekennen, mich unterstützen, mir helfen.“) und gemeinsame Freizeitaktivitäten. Ein typischer Konflikt läuft in etwa so ab: Beide Partner sind bei Verwandten eingeladen. Sie unterhalten sich angeregt. Frau Z. ist engagiert und erzählt lebhaft. Herr Z. wiederholt die Worte seiner Frau in einer Art, die Frau Z. als karikierend empfindet. Sie fühlt sich kritisiert, schämt sich, fühlt sich unsicher, ist aber auch ärgerlich und wütend. Dieser Ärger hilft ihr, so zu tun, als habe sie nichts bemerkt, sie spricht weiter, geht nicht auf ihren Mann ein, beginnt, ihn „links liegenzulassen“. Ihr abweisendes Verhalten behält sie auch auf dem Nachhauseweg bei. Besonders schroff reagiert sie, wenn ihr Mann körperlichen Kontakt sucht. Das Thema wird aber nicht mehr angesprochen („Er muß doch wissen, warum ich jetzt so bin. Wenn ihm an mir liegt, würde er sich wenigstens jetzt entschuldigen und es wieder gut machen.“).

Herr Z. hält besonders die Bereiche „Zuwendung“, „Sexualität“, „gemeinsame Gespräche/Weltanschauung“ und das „Freizeitverhalten“ für bedeutsam; nachgeordnet sind für ihn „Berufstätigkeit“, „Freunde/Bekannte“ und „Temperament des Partners“. Bei der genauen Exploration wird deutlich, daß sich die Bereiche „Zuwendung“ und „Sexualität“ überschneiden. Herr Z. wünscht sich Zuwendung von seiner Frau dadurch, daß sie sich für seine beruflichen Belange interessiert. „Sie fragt mich nie, wie es im Betrieb war, selbst wenn sie weiß, daß ich eine wichtige Sitzung hatte. Sie nimmt alles als selbstverständlich hin. Dabei habe ich manchmal Angst, es nicht mehr zu schaffen. Die Neuen im Betrieb sind doch alle besser ausgebil-

det.“ „Ich weiß auch nicht, ob meine Frau mich überhaupt noch anziehend findet. Z. B. beim letzten Einkaufsbummel, bei dem ich einen Mantel kaufen wollte, war sie desinteressiert, hat mich nicht beraten. Ich habe dann den Einkaufsbummel schnell beendet. Danach war sie aber den ganzen Tag schlecht gelaunt.“ Als deutlichsten Beweis für das mangelnde Interesse an ihm sieht Herr Z. das Verhalten seiner Partnerin im sexuellen Bereich. Er berichtet, daß für ihn ca. 10 Jahre lang „... alles in Ordnung war. Es war immer sehr schön. Ich mag meine Frau, finde sie auch heute noch sehr attraktiv.“ Eine Änderung habe es gegeben, als die letzte Tochter geboren wurde. Frau Z. habe auch gerade in dieser Zeit noch den Tod ihrer Mutter verkraften müssen. Sie sei immer abweisender geworden. Er habe schließlich zunehmend seine Versuche, ein intimes Zusammensein zu initiieren, eingestellt. „Wenn ich sie anfasse oder in den Arm nehme, wehrt sie ab, wird ganz steif oder sie beginnt Streit. Es hat dann nur noch geklappt, wenn sie angefangen hat.“ Vor einem Jahr ist Frau Z. aus dem gemeinsamen Schlafzimmer ausgezogen. „Jetzt warte ich immer, ob sie wohl abends mal schnell ‚angehuscht‘ kommt. Aber das ist schon ewig nicht mehr passiert.“

Als Aktiva in dieser Partnerschaft können folgende Bereiche aufgeführt werden: Beide haben bis jetzt noch nicht ernsthaft an Trennung gedacht. Beide erleben ihre Bemühungen in der Kindererziehung – gerade, wenn es dort Probleme gibt – als solidarisch und unterstützend. Beide finden ihren Partner noch attraktiv. Beide können Eigenschaften benennen, die sie am Partner schätzen: Herr Z. mag die Solidität und Ehrlichkeit seiner Frau. Frau Z. mag besonders seine Zielstrebigkeit, sie bewundert seinen Erfolg im Beruf und mag es, wie er mit den Töchtern umgeht, auch wenn sie sich ihn in diesem Bereich manchmal energischer wünscht.

Neben der Selbsteinschätzung mittels Fragebögen und dem Interview zur Diagnosestellung wird in der VT-Ambulanz bei Paarproblematiken ein Beobachtungssystem zur Analyse der Paarinteraktion eingesetzt. Hier wird das Paar gebeten, für 10 Minuten über einen Konflikt in der Partnerschaft miteinander zu diskutieren. Es wird instruiert, einander zu diesem Thema ihre Meinungen, Gefühle und Wünsche mitzuteilen und zu versuchen, eine Art Lösung zu erzielen. Bei dem Gespräch ist das Paar allein; das Gespräch wird mit einer Videokamera aufgenommen. Die Auswertung erfolgt später zum einen als globale Einschätzung (klinischer Eindruck) und zum anderen durch trainierte Rater mit Hilfe des „Kategoriensystems zur Einschätzung Partnerschaftlicher Interaktionen“ (KPI, Hahlweg, 1986). Auffallend bei diesem Paar war, daß das Gespräch trotz deutlich vorhandener positiver Gesprächsfertigkeiten wie „Selbstöffnung“ (von sich und seinen Gefühlen und Wünschen sprechen), „dem Partner zustimmen“ sehr negativ verlief. Es kam zu den für unglückliche Paare typischen Eskalationen (auf einen Vorwurf folgte ein Gegenvorwurf, Rechtfertigungen des eigenen

Verhaltens, Abwertung des Partners). Bei glücklichen Paaren halten solche Ketten nicht so lange an, werden eher abgebrochen indem ein Partner wieder positiver reagiert, z. B. eine sachliche Frage stellt, die Äußerungen des Partners akzeptiert oder sich selbst öffnet, z. B. von seinen eigenen Gefühlen spricht. Beiden gelang es auch nicht, Problemlösevorschlüsse zu machen und überdurchschnittlich häufig lehnten sie Aussagen des Partners ab oder zogen sich auf lange, sachliche Beschreibungen zurück. Auffallend waren des weiteren häufige Pausen und sehr negatives nonverbales Verhalten (wenig Blickkontakt, Wegdrehen des Körpers, abwehrende Miene, gereizter Tonfall).

### Therapieplanung, Ziele der Therapeuten

Durchgängig alle Meßinstrumente (Interview, Fragebögen, Beobachtung der tatsächlichen Interaktion) zeigten deutliche Defizite in der Kommunikation und der Problemlösefähigkeit des Paares. Die Verbesserung der Kommunikation, besonders des „Einanderzuhören-Könnens“ (akzeptierend auf den anderen eingehen (nicht notwendigerweise zustimmend!), offene Fragen stellen, nonverbal aufnehmendes Zuhören), stellte ein erstes Ziel für die therapeutische Intervention dar. Das zweite betraf die mangelnde Problemlösefertigkeit. Das Paar sollte in der Therapie in die Lage versetzt werden, Probleme offen zu diskutieren und Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten und diese in „In-vivo-Experimenten“ einer Realitätsprüfung zu unterziehen. Weiterhin sollte sich der positive Austausch des Paares erhöhen, um der Beziehung wieder mehr „Belohnungscharakter“ zu verschaffen. Die Strukturierung des Therapieplanes ergab dann, daß zuerst Maßnahmen zur Erhöhung der positiven Reziprozität erarbeitet werden sollten. Dies ist vor allem auch darum wichtig, weil jede Paartherapie in der Hauptsache die Problembereiche und Konflikte thematisiert. Interventionen, die positive Veränderungen einleiten, benötigen einige Zeit; auch wird es für viele Probleme häufig keine schnelle Besserung geben. So kann die Anamnese und die Verhaltensanalyse als erste Therapiephase zusätzlich belastend wirken.

Gekoppelt mit den Maßnahmen zur Erhöhung des positiven Austausches wurde ein mehr edukativer Teil geplant. Hier werden mit dem Paar die Grundlagen für förderliche Kommunikations- und Problemlöseregeln erarbeitet. Im Hauptteil der geplanten Therapie sollten dann mit dem erlernten „Werkzeug“ die Konflikte und Probleme des Paares angegangen werden. Daneben ergab sich für die Therapeuten noch das Ziel, mit kognitiven Interventionen eventuelle dysfunktionale Schemata des Paares zu labilisieren („Wenn er mich liebt, muß er wissen, wie es mir geht und was ich



brauche.“ „Wenn sie nicht mit mir schlafen will, mag sie mich nicht.“) (vgl. hierzu Baucom & Epstein, 1990).

### 3 Theoretische Einbindung/Erklärungsmodelle

Am einflußreichsten – für die praktische therapeutische Arbeit – haben sich Modelle erwiesen, die aus psychoanalytischen, systemtheoretischen und lerntheoretischen Annahmen entstanden (Hahlweg, 1990). Wir werden aus praktischen Erwägungen nur auf die lerntheoretischen kurz eingehen. Zum einen haben sich viele Annahmen dieses Modells empirisch gut überprüfen lassen (vgl. auch Hahlweg, 1986) und geben damit eine hinreichend gesicherte Basis für das therapeutische Vorgehen, zum anderen basieren hierauf die vorgestellten therapeutischen Interventionen unserer Falldarstellung.

Zur lerntheoretischen Erklärung des Erfolges oder Nichterfolges einer Ehe werden vor allem Annahmen aus der sozial-kognitiven Lerntheorie (Bandura, 1979) und der sozialen Austauschtheorie (Homans, 1968; Thibaut & Kelley, 1959) herangezogen (Hahlweg, Baucom & Markman, 1988).

Es wird danach kaum eine Beziehung (Ehe/intime Partnerschaft) geben, in der die Vorstellungen, wie eine solche gelebt und gestaltet wird, genau übereinstimmen. Aber selbst dort, wo Werte und Einstellungen übereinstimmen, wird es u. U. Unterschiede in den konkreten Verhaltensweisen geben, was für den Partner aversiv werden kann. (Beispielsweise können beide den gleichen Standard bezüglich Sauberkeit einer Wohnung haben, sich aber trotzdem im konkreten Verhalten zum Erreichen dieses Standards sehr unterschiedlich verhalten. Z. B. möchte ein Partner alles Geschirr sofort nach dem Gebrauch reinigen, der andere meint, ein kurzes Abspülen und Zusammenräumen genügt für das erste, das Abwaschen kann dann gesammelt einmal am Tag erfolgen.) So werden in solchen Beziehungen fast zwangsläufig Wünsche nach Verhaltensänderungen wach.

Dies kann vielfältige Ursachen haben: Zum Teil sind sie durch den Weg einer Partnerschaft bedingt und vorhersehbar: Kennenlernen, Zusammenziehen, Geburt eines Kindes, Kinder verlassen die Familie, Älterwerden, Berufsruhestand und andere. *Externe Gründe* mögen hinzukommen: Änderungen im sozialen Umfeld (Umzug mit Verlust des sozialen Netzwerkes), Arbeitslosigkeit. *Enttäuschte Erwartungen* sind andere Möglichkeiten, die Verhaltensänderungen notwendig erscheinen lassen. Die Gründe hierfür können vielfältig sein: u. a. verdeckt die anfängliche Idealisierungstendenz („rosarote Brille“) die subjektiv empfundenen Schwächen

des Partners; Harmonisierungstendenzen führen zu Beginn der Partnerschaft zum Vermeiden von Auseinandersetzungen bei schon erkannten Differenzen; Erwartungen und Bedürfnisse können oder werden zu Beginn nicht klar artikuliert, z. B. das Bedürfnis nach körperlicher Nähe: Ein Partner braucht viel, der andere weniger Zärtlichkeit oder Sexualität. Sozialverhalten: Ein Partner möchte häufig soziale Kontakte, der andere seltener). Ein wichtiger (wenn er auch oft belächelt wird) Grund für gewünschte Verhaltensänderungen sind die *täglichen Kleinigkeiten*: Verhaltensweisen des Partners, die für sich allein nicht störend wirken, jedoch durch die Häufigkeit ihres Auftretens für den Partner aversiv werden und nicht mehr tolerierbar erscheinen (z. B. die berühmte Zahnpastatube, die der eine Partner stets offen läßt, bestimmte Gesten, Redensarten, Unordentlichkeiten). Um Änderungen herbeizuführen, setzen die Partner Belohnungen und Bestrafungen ein. Die Annahme ist nun, daß Paare in Beziehungen mit niedriger Qualität sich ineffektiver Methoden zur Verhaltensänderung bedienen. Positive Kontrolle zur Verhaltensänderung durch Belohnung angemessenen Verhaltens wird nur selten eingesetzt.

Die Verschlechterung der Beziehung über die Zeit läßt sich mit Hilfe des „Zwangsprozesses“ (Patterson & Reid, 1970) beschreiben, der damit beginnt, daß Person A wünscht, Person B möge sich verändern, diese jedoch ihr Verhalten beibehält (oder nur kurzfristig, nach einer ausgiebigen Diskussion, ändert). A wird dann versuchen, sich mit Bestrafung durchzusetzen, eine Bitte z. B. mit Kritisieren, Nörgeln, Drohen, Schreien oder Weinen koppeln oder aber positive Verstärker entziehen, sich z. B. sexuell verweigern.

Im *Zwangsprozeß* verhält sich A nun fortlaufend negativ und wechselt erst dann wieder zum Positiven, wenn B einlenkt (B wird also negativ verstärkt). Dieses Einlenken verstärkt aber A in ihrem aversiven Verhalten positiv, d. h. sie wird auch in Zukunft wahrscheinlich eine solche negative Strategie zur Durchsetzung ihrer Interessen anwenden. Nach den Prinzipien des Modelllernens (Bandura, 1979) und der Reziprozitätsannahmen (in sozialen Systemen wird Belohnung mit Belohnung, Bestrafung mit Bestrafung beantwortet; Pruitt, 1968), wird auch Person B in Zukunft häufiger zu solchen Zwangsmitteln greifen, wenn sie sich gegenüber A durchsetzen möchte.

Problematischerweise ist es ein Merkmal der aversiven Kontrolle, daß durch sie keine *dauerhaften* Verhaltensänderungen erreicht werden. Der Konflikt wird wieder neu aufbrechen, neue Konflikte entstehen außerdem und die Partner verstricken sich in ihren untauglichen Lösungsversuchen. Hinzu tritt eine Habituation an diese aversiven Reize, so daß häufig die Intensität der Bestrafungen wächst. Am auffälligsten ist dieser Zwangspro-

zeß bei Paaren, die offen-aggressiv mit ihren Konflikten umgehen. Es gibt jedoch Paare, die trotz vorhandener Gegensätzlichkeit keine Eskalationen (mehr) zeigen. Für diese konflikt-phobischen oder konflikt-vermeidenden Paare gelten ebenfalls die geschilderten Grundannahmen, allerdings zeichnen sich solche Beziehungen häufig durch ein Nebeneinanderleben und emotionale Trennung aus.

Begleitet wird die negative Spirale durch eine reziproke Reduktion der positiven Interaktion in der Beziehung, die durch Gewöhnungsprozesse, die bei jedem Paar zu erwarten sind, noch beschleunigt wird. Damit schwindet die gegenseitige Anziehung. Die Partnerschaft wird vom einzelnen nicht mehr als ausgewogen erlebt (Vertrauensverlust), und folglich verfahren beide nicht mehr nach dem Prinzip des „Gebens und Nehmens“. Mangelnde Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten beider Partner sind also aus lerntheoretischer Sicht vor allem verantwortlich für das Scheitern einer Beziehung. Verschlechtert sich die Qualität der Partnerschaft, so ist dies nicht die „Schuld“ eines einzelnen, sie liegt vielmehr in der unangemessenen Interaktion beider (Hahlweg, 1998).

Diese Defizite im Verhaltensrepertoire ließen sich auch bei dem Ehepaar Z. beobachten. Die ausführliche Anamnese und die Differentialdiagnostik (besonders die Verhaltensbeobachtung) zeigten, daß das Paar nicht effektiv über Probleme sprechen kann. Beiden gelingt es nur schlecht, über die eigenen Gefühle und Wünsche zu sprechen, d. h. sich dem Partner zu öffnen. Dabei sehen sie Erwartungen an eine intime Partnerschaft verletzt, fühlen sich „betrogen“ („Wenn sie mich liebt, müßte sie sich doch für meinen Beruf interessieren, es von sich aus merken, daß ich gerne häufiger mit ihr schlafen möchte, etc . . .“ „Wenn ihm an mir liegt, muß er mich dort unterstützen, wo ich es brauche, er muß es merken, usw. . .“) und enttäuscht. Dies führt zu ungünstigen Copingstrategien wie „weinen“, „aus der Situation gehen“ und „so tun, als sei nichts geschehen“. Die Konflikte werden auf diese Weise aber nicht gelöst, sondern stauen sich an. Wie entstanden bei diesem Paar die Konfliktbereiche? Außer den schon angesprochenen Defiziten mögen hierfür eine Reihe von externen Stressoren eine Rolle spielen (starke Beanspruchung des Ehemannes durch den Beruf, die Geburt der dritten Tochter, wobei gleichzeitig der Tod der geliebten Mutter zu verkraften war, geringere Anforderungen an die Mutter durch das Heranwachsen der Töchter). Inwieweit die depressive Erkrankung der Frau Auslöser oder Folge der sich verschlechternden ehelichen Beziehung war, kann retrospektiv nicht geklärt werden. Sie spielt aber sicherlich eine Rolle bei der Aufrechterhaltung der Unzufriedenheit.

## 4 Therapie: Prinzip und Durchführung

Als erstes, noch vor Beginn der „eigentlichen“ Therapie, mußte es gelingen, Herrn Z. für eine aktivere Teilnahme zu motivieren. In der Einzelsitzung wurde darauf besonders geachtet. Tatsächlich gelang es dem Klienten, eigene Wünsche und Ziele für die Therapie bei sich zuzulassen, er entfernte sich dabei von der „Helferrolle“ für seine Frau. Die Therapeuten unterstützen ihn während der Exploration mit hilfreichen „Unterstellungen“ wie: „Ich könnte mir vorstellen, daß die Erkrankung Ihrer Frau für Sie eine große Belastung war.“ „Wenn ich an Ihrer Stelle wäre, würde ich mich oft vernachlässigt fühlen.“ „Gibt es jemanden, der Sie emotional unterstützt, bei dem Sie sich aussprechen können?“

Die Einzelexplorationen wurden mit einer gemeinsamen Sitzung aller Beteiligten abgeschlossen. In dieser Stunde wurde dem Paar eine ausführliche Rückmeldung bezüglich der Diagnoseinstrumente gegeben. Dabei wurden besonders die Stärken und Gemeinsamkeiten betont, z. B. die gemeinsame Problemsicht (beide Partner wünschen sich an erster Stelle mehr Zuwendung durch ihren Partner) aber auch Unterschiede angesprochen (nur für Frau Z. war der Bereich „Finanzplanung“ problematisch). Es wurden -im Sinne der unspezifischen günstigen Wirkvariablen von Verhaltenstherapie „Transparenz der Therapie“ – dem Paar Informationen über das der Therapie zugrundeliegende Erklärungsmodell (s. auch 3 oben) vermittelt und überblicksartig das weitere Vorgehen erklärt. Ferner wurde das Paar explizit gefragt, ob es bereit sei, sich einer solchen Therapie zu unterziehen. Beide stimmten zu und es wurde mit dem Paar mündlich eine Sequenz von 5 Therapiestunden vereinbart. Es war bereit, sich für diesen begrenzten Zeitraum ganz auf die Therapie einzulassen. Danach sollte in einem Feedback aller Beteiligten entschieden werden, ob die Sitzungen fortzusetzen seien. Auch diese Maßnahme trug dazu bei, bei Herrn Z. eine höhere Therapiemotivation zu erreichen.

Um den edukativen Teil abzukürzen und als erste Intervention im Bereich „Erhöhung der positiven Reziprozität“, wurde dem Paar als Hausaufgabe das Durchlesen von jeweils einem Kapitel des Begleitbuches zur Therapie (Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 1980; für Paare geschrieben) aufgegeben. Die Kapitel sind vielfach in Absätze unterteilt, nach jedem Kapitel gibt es eine Zusammenfassung, Fragen zum Text und eine kleine Übung zum jeweiligen Thema. Das Paar wurde gebeten, die Kapitel gemeinsam zu bearbeiten und immer im Wechsel jeweils einen Absatz dem Partner vorzulesen. Das Paar hatte zu Beginn Schwierigkeiten mit der Aufgabe. Es berichtete, daß es dabei zum Streit gekommen sei. Allerdings stellten beide Partner in der Sitzung fest, daß es trotz allem seit langer Zeit das erste Mal

gewesen sei, daß sie etwas gemeinsam gemacht hatten und auch ihr Streit sei einmal um etwas anderes gegangen als um die negativen Aspekte des Paares. Dies motivierte sie, mit diesem Teil der Hausaufgaben fortzufahren.

In den vereinbarten 5 Sitzungen nahmen die Interventionen zur Verbesserung des positiven Austausches und die Vermittlung von Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten in etwa den gleichen Raum ein. Zu Beginn standen Wahrnehmungsübungen („Was mag ich an mir, was gefällt mir am Partner?“, „Wie geht es mir, wenn ich mich selbst lobe, wie ergeht es mir, wenn ich Lob annehme?“). Auch hier gab es kleine Hausaufgaben zu Themen wie z. B. „Den Partner erwischen, wie er mir etwas Gutes tut“, „Gefühlsbetonte Woche: Ich achte auf alle Gefühle, die beim Interagieren mit dem Partner bei mir aufkommen“, „Ich verwöhne meinen Partner“, „Ich werde verwöhnt und achte genau darauf, was für mich angenehm ist“ (s. hierzu auch Hahlweg et al., 1982). Daneben wurden mit Hilfe verschiedener Medien (Begleitbuch, Videobeispiele, Rollenspiele) mit dem Paar Kommunikationsregeln für eine effektive Kommunikation zwischen intimen Partnern erarbeitet und in Rollenspielen eingeübt, zuerst noch mit Themen, die beim Paar nicht zum Konflikt geführt hatten. Dieses Kommunikationstraining ist z. B. bei Hahlweg und Schröder (1993) näher beschrieben. Ähnlich wurde auch ein Problemlöseschema erarbeitet und eingeübt.

Nach Ablauf der vereinbarten 5 Sitzungen entschied sich das Paar, weiterhin an der Therapie teilzunehmen. Beide hatten das Gefühl, daß die Therapie ihnen etwas brachte, Frau Z. fühlte sich insgesamt sicherer und zufriedener, was dazu führte, daß sie die Beruhigungsmittel ganz absetzen konnte und in Absprache mit ihrer behandelnden Ärztin auch die Antidepressiva-Medikation verringerte. Besonders gefreut hatte sich das Paar über positive Rückmeldungen durch die Töchter, die festgestellt hatten, daß die Mahlzeiten jetzt länger dauerten als früher und „... Mama und Papa viel mehr lachen“.

So konnte sich der Hauptteil der Therapie anschließen. Hier begann das Ehepaar nun, die eigenen Probleme zu thematisieren und nach Lösungen zu suchen. Die Therapeuten unterstützten die Paargespräche nur „formal“, indem sie bei der Einhaltung der Kommunikationsregeln halfen (Begleiten des Paargesprächs durch kurze Direktiven oder hilfreiche Interventionen: „Fassen Sie bitte erst zusammen, was Ihr Partner sagte.“ „Versuchen Sie, dies als Frage zu formulieren.“ Anbieten von Gefühlen, modelling u. Ä.) und das Paar ermutigten, zuerst kleinere Konflikte anzugehen. Außerdem achteten die Therapeuten darauf, daß die erarbeitete Lösung in kleine, machbare Schritte unterteilt wurde und sich das Paar verbindlich ver-

pflichtete, diese auch umzusetzen. Der Besprechung der Erfolge (sehr verstärkt durch die Therapeuten) wurde ein großer Raum gelassen. Das Paar vereinbarte, daß Herr Z. nach dem Nachhausekommen nicht gleich an den Abendbrottisch eilen mußte, die Zeiten wurden verändert. Er bemühte sich, besonders wenn er sich belastet fühlte, dies anzusprechen und seine Stimmung zu erklären. Frau Z. erklärte sich bereit, bei einem Betriebsausflug ihres Mannes mitzumachen. Das Ehepaar sprach jeden Monat ab, wie das Geld zu verteilen sei, und Frau Z. bekam einen festen Betrag als Taschengeld.

Nach insgesamt 9 gemeinsamen Sitzungen wurde eine Therapiepause vereinbart, da das Paar einen längeren Urlaub antrat. Erstmals fuhren sie, nachdem sie anfangs Familienurlaub mit den Kindern durchführen wollten, für zwei Wochen allein in die Ferien. Nach dem Urlaub beendete das Paar die Therapie. Sie hatten den Urlaub als sehr erfolgreich erlebt („unsere zweiten Flitterwochen“) und meinten, ihre Therapieziele erreicht zu haben. Die Therapeuten teilten nicht ganz die Einschätzung des Paares und sahen bestimmte Schwierigkeiten allein durch die Euphorie des Urlaubs überdeckt.

Die Abschlußmessung mit den Eingangsinstrumenten Problemliste, PFB und MSI zeigte in allen Bereichen signifikante Verbesserungen. Das Paar wurde 6 Monate nach Ende der Therapie erneut einbestellt. Erwartungsgemäß ergaben die Fragebögen nun leichte Verschlechterungen, allerdings erreichten diese Verschlechterungen nur in der Skala „Freizeitverhalten“ klinische Relevanz. Das Paar selbst schätzte seine Beziehung nun als stabil ein, obwohl es durchaus Zeiten der Unzufriedenheit gab. Es meinte aber, jetzt anders damit umgehen zu können und das Gefühl zu haben, diese Schwierigkeiten meistern zu können. Zwischenzeitlich waren auch Probleme mit der ältesten Tochter aufgetreten, die gleichzeitig einen Verkehrsunfall und das Ende der ersten Liebe verkraften mußte und das Paar hatte das Gefühl, daß die Beschäftigung mit der Tochter sie beide auch emotional noch näher zusammengebracht hatte. Frau Z. nahm zu diesem Zeitpunkt nur noch Neuroleptika. Sie fühlte sich emotional stabil und sicher.

## 5 Abschlußbetrachtung, Resümee

Einleitend hatte wir betont, daß für die Indikationsstellung für eine Paartherapie der Wunsch des Paares handlungsleitend sein sollte. Dies muß natürlich auch für den Abschluß gelten. Therapeuten, die angemessene Arbeit leisten wollen, müssen sich immer ihrer eigenen Normen und Wert-

vorstellungen und ihrer eigenen Betroffenheit bewußt sein. Dies gilt u. E. besonders auch für Ehe-/Paartherapien.

Ehe-/intime Partnerschaft ist ein so universelles Phänomen – (fast) jeder hat wenigstens einmal in seinem Leben eine solche Beziehung –, daß man leicht der Gefahr unterliegt, anzunehmen, daß die Ausgestaltung solcher Interaktionen auch uniform verläuft und für alle gleich ist; daß sich subjektive Erfahrungen, persönliche Werte und Wünsche mit denen anderer Individuen decken. Dies ist sicher ein Mythos. Gesellschaftlicher Wandel bedingte z. B. andere Rollenverständnisse innerhalb solcher Partnerschaften. Früher waren in unserem Kulturkreis die Rollen für Frau und Mann in einer Ehe klarer aufgeteilt (die Frau als Mutter und Versorgerin des Haushaltes, der Mann als Ernährer und Oberhaupt der Familie). Nach dem Zweiten Weltkrieg begannen hier Veränderungen. Gezwungen durch die Abwesenheit des männlichen Partners durch Krieg, Gefangenschaft oder frühen Tod übernahmen Frauen mehr männliche Rollen. In etlichen Ehen mag dies auch nach der Rückkehr der Männer aus dem Krieg so geblieben sein. Die zunehmende Emanzipationsbewegung trug sicherlich zu einer Veränderung der Rollen bei. Andere gesellschaftliche Bewegungen führten zu Veränderungen von Werten. Z. B. die Liberalisierung der Sexualität in Verbindung mit den studentischen Bewegungen der „68er-Generation“ ließen Treue als Wert- und „Gütekriterium“ einer Beziehung nicht mehr zu. An deren Stelle entstanden neue Forderungen an eine Partnerschaft wie spannende, abwechslungsreiche Sexualität und Selbstverwirklichung der Partner, um nur einige Beispiele zu nennen.

Außer gesellschaftlichen Veränderungen im Zeitenwandel hat die soziale Gruppe oder Schicht, in der sich Paare überwiegend aufhalten, einen Einfluß auf die Vorstellungen und Anforderungen an eine zufriedenstellende intime Beziehung. Wo wirtschaftliche Not vorherrscht (Arbeitslosigkeit), werden andere Werte für eine gelingende Partnerschaft wichtig als in einer Ehe, in der beide befriedigenden aber sehr zeitraubenden Tätigkeiten nachgehen. Wenn Partner sehr religiös sind, wird dies andere Konsequenzen für Beziehung haben, als wenn die Partner „Freidenker“ sind. All dies bedingt, daß die Ziele, die Paare haben, wenn sie in eine Ehe-therapie kommen, auf der konkreten Ebene sehr unterschiedlich sein können, auch wenn das übergeordnete, abstrakte Ziel ähnlich ist: „Wir wollen glücklicher miteinander leben.“

Therapeuten und Therapeutinnen sind nun keine geschichtslosen Wesen, die in einem luftleeren Raum leben. Auch sie haben ihre gesellschaftlichen und schicht- sowie familienspezifischen Prägungen, die sich u. U. sehr von denen des hilfesuchenden Paares unterscheiden können. Um das Paar seinen eigenen ganz spezifischen Weg der Beziehung finden zu lassen, müs-

sen sich die Therapeuten „raushalten“! Sie dürfen unterstützend oder intervenierend nur an der „formalen“ Ausgestaltung der Beziehung ansetzen, nicht an der „inhaltlichen“. Notwendig dazu sind u. E. neben einer guten Ausbildung, Selbsterfahrung, begleitende Supervision und eine gute Dokumentation (auf Audiokassette oder Video) der Sitzungen. Letzteres kann besonders hilfreich sein, wenn Therapien stagnieren, wenn beide oder ein Partner „Widerstand“ zeigt. Die Kontrolle durch ein Tonband wird sehr hilfreich bei der „Störanalyse“ sein. „Habe ich mich vielleicht mit einem Partner solidarisiert? War ich rigide, bestrafend oder inhaltlich wertend? War ich ängstlich, zögernd und unsicher? Haben die Inhalte der Therapiegespräche, das Verhalten der Partner meine eigenen Ängste oder Wünsche hinsichtlich einer Beziehung aktiviert?“ Ein Erkennen dieser eigenen Anteile, am besten gestützt durch eine Supervision, wird helfen, die Therapie von solchen „unspezifischen Störaspekten“ freizuhalten.

## Literatur

- Arentewicz, G. & Schmidt, G. (1986). *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett Verlag.
- Baucom, D.H. & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Beach, S.R.H., Sandeen, E.E. & O'Leary, K.D. (1990). *Depression in marriage*. New York, London: Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Falloon, I.R.H., McGill, C.W. & Boyd, J.L. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Gottman, J.M. (1987). The sequential analysis of family interaction. In T. Jacob (Ed.), *Family interaction and psychopathology* (pp. 453–480). New York: Plenum Press.
- Hahlweg, K. (1986). *Partnerschaftliche Interaktion*. München: Röttger.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik FPD*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K. (1998). Beziehungs- und Interaktionsstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3. Aufl.). Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Hahlweg, K., Baucom, D.H. & Markman, H.J. (1988). Recent advances in therapy and prevention. In I.R.H. Falloon (Ed.), *Handbook of behavioral family therapy and prevention* (pp. 413–448). New York: Guilford Press.
- Hahlweg, K., Dürr, H. & Müller, U. (1995). *Psychoedukative Familienbetreuung bei schizophrenen Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.



- Hahlweg, K., Schindler, L. & Revenstorf, D. (1982). *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Handbuch für den Therapeuten*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Hahlweg, K. & Schröder, B. (1993). Kommunikationstraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hank, G., Hahlweg, K. & Klann, N. (1989). *Diagnostische Verfahren für Berater. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Weinheim: Beltz Test.
- Homans, G.C. (1968). *Elementarformen sozialen Verhaltens*. Köln-Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hooley, J.M., Orley, J. & Teasdale, J.D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642–647.
- Jacobsen, N.S., Dopson, K., Frusetti, A., Schmaling, K.B. & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547–557.
- Klann, N., Hahlweg, K. & Hank, G. (1992). Deutsche Validierung des „Marital Satisfaction Inventory“ (MSI) von Snyder (1981). *System Familie*, 5, 10–12.
- Markman, H.J., Duncan, S. W., Storaasli, R.D. & Howes, P.W. (1987). The prediction and prevention of marital distress: A longitudinal investigation. In K. Hahlweg & M.J. Goldstein (Eds.), *Understanding major mental disorder. The contribution of family interaction research* (pp. 266–289). New York: Family Process Press.
- Miklowitz, D.J. & Goldstein, M.J. (1997). *Bipolar disorder. A family-focused treatment approach*. New York: Guilford.
- Noller, P. & Fitzpatrick, M.A. (Eds.). (1988). *Perspectives on marital interaction*. Cleveland, Philadelphia: Multilingual Matters.
- Patterson, G.R. & Reid, J.B. (1970). Reciprocity and coercion: Two facets of social system. In C. Neuringer & J.L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 133–177). New York: Appleton.
- Pruitt, D.G. (1968). Reciprocity and credit building in a laboratory dyad. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 143–147.
- Schaap, C. (1982). *Communication and adjustment in marriage*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorf, D. (1980). *Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten zur Bewältigung. Ein verhaltenstherapeutisches Programm für Paare*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Terman, L.M. (1938). *Psychological factors in marital happiness*. New York: McGraw-Hill.
- Thibaut, J.W. & Kelley, H.H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Brunner/Mazel.
- Zimmer, D. (1985). *Sexualität und Partnerschaft. Grundlagen und Praxis psychologischer Behandlung*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

## **Funktionelle Sexualstörung**

Dirk Zimmer, Tübingen

### **Einführung**

Funktionelle Sexualstörungen sind Störungen des Erlebens und Verhaltens ohne organmedizinische Ursache. So gehört zu einer Psychotherapie funktioneller Sexualstörungen immer auch eine organmedizinische Abklärung der Symptomatik. Ausführliche Hinweise zur Klassifikation, Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik und Behandlung funktioneller Sexualstörungen findet der Leser bei Zimmer (1985, 1997) sowie bei Arentewicz und Schmidt (1980, 1986).

Sexualstörungen beeindrucken durch die Komplexität der verschiedenen möglichen ätiologischen und aufrechterhaltenden Faktoren somatischer, individuell-biographischer und paardynamischer Art. Dies hat ebenso wie die gesellschaftlichen Tabus die Erforschung und Behandlung dieser Störungsbilder erheblich erschwert. Ähnlich wie in der Forschung sollte der Praktiker immer die Möglichkeit multipler Verursachung in Erwägung ziehen und auch dann, wenn er eine Hypothese bestätigen konnte, dennoch weitere alternative Erklärungskonzepte in Betracht ziehen. Er sollte aufgrund der Komplexität der Determiniertheit dieser Störungsbilder darauf gefaßt sein, während des therapeutischen Prozesses wiederholt seine bisherigen Hypothesen zur Problemanalyse zu hinterfragen und den aktuellen Informationen anzupassen.

Es ist damit zu rechnen, daß ein vollständiges Bild von Ursache und Aufrechterhaltung erst im Laufe des Therapieprozesses entsteht. Dies liegt nicht nur daran, daß es Patienten schwer fällt, über ihre Symptomatik und ihr Erleben zu sprechen, sondern auch daran, daß das unmittelbare körperliche und emotionale Erleben aufgrund von Ängsten, Leistungsdruck, Normen, Erwartungen und Fehlannahmen oftmals kaum mehr zugänglich ist.

Für den folgenden Fall wurde das Pseudonym Müller gewählt. Alle Angaben sind hinreichend verfremdet, um eine Identifizierung unmöglich zu machen.

## Der erste Eindruck

Das Ehepaar Müller meldete sich gemeinsam zu einer Paartherapie an und erschien auch zum ersten Treffen zusammen. Beide waren einfach, aber ordentlich gekleidet. Sie wirkten etwas unsicher, da sie offensichtlich nicht wußten, was in einer Therapiestunde auf sie zukommen würde, jedoch offen und bereit, über alle Fragen zu sprechen. Während der ersten Therapiestunde war Herr Müller sprachlich deutlich aktiver, ließ sich aber von seiner Frau unterbrechen und korrigieren. Als Hauptbeschwerde formulierte er, daß in letzter Zeit zunehmende eheliche Spannungen aufgetreten seien, die er darauf zurückführte, daß seine Frau das Interesse an der gemeinsamen Sexualität verloren habe. Frau Müller bestätigte diesen Eindruck, ergänzte aber, daß sie grundsätzlich zur Ehe stehen und diese nicht in Frage stellen würde. Sie verstünde selbst nicht, weshalb ihr Interesse an der gemeinsamen Sexualität nahezu auf den Nullpunkt gesunken sei.

## Erste sozio-demographische Daten

Herr Müller war als selbständiger Handwerksmeister im Elektrohandwerk tätig, übernahm Aufträge und betrieb darüberhinaus mit der Familie einen kleinen Elektrofachhandel. Frau Müller war in den letzten Jahren hauptsächlich Hausfrau gewesen, da sie aufgrund der Geburt von zwei Kindern, die jetzt anderthalb und drei Jahre alt waren, ihre frühere Tätigkeit als Verkäuferin aufgegeben hatte. Seit einem knappen halben Jahr arbeitete sie stundenweise im Verkauf im gemeinsamen Laden mit. Beide lebten in dem Haus, in dem auch Werkstatt und Laden des Mannes untergebracht waren. Im Obergeschoß wohnte die Mutter von Herrn Müller zusammen mit seiner ledigen, älteren Schwester.

## 1 Beschreibung der Störung: Zur aktuellen Symptomatik

Aufgrund ihrer Offenheit wurden beide gemeinsam exploriert. In der Regel folgen nach einem ersten gemeinsamen Gespräch Explorationen beider

Partner in getrennten Einzelgesprächen. Es empfiehlt sich, dies als übliches Vorgehen darzustellen, um negativen Vermutungen („Wir sind ein besonders dramatischer Fall“) entgegenzuwirken. Der Vorteil einer gemeinsamen Exploration ist, daß die Interaktion der beiden Partner auf der sprachlichen und nichtsprachlichen Ebene unmittelbar beobachtet werden kann. Der Nachteil ist, daß die Anwesenheit des Partners und die von ihm befürchteten negativen Reaktionen die Äußerung angstbesetzter oder belastender Gedanken und Gefühle sehr erschweren kann. Der Vorteil von Einzelgesprächen ist, daß manche heiße Themen nur hier offen besprochen werden können: Akute Trennungsgedanken, die Existenz einer außerehelichen Beziehung, aber auch andere emotional sehr intensiv besetzte Themen (etwa frühere Kränkungen) kommen oft nur im Einzelgespräch zutage. Der Nachteil von Einzelgesprächen ist: Therapeuten finden sich in der sogenannten Diskretionsfalle (Zimmer, 1985): Sie können von dem anwesenden Partner aufgefordert werden, das berichtete Material dem anderen Partner auf keinen Fall mitzuteilen. Die meisten Therapeuten lehnen von vornherein ab, auf derartige Wünsche einzugehen und verweisen darauf, daß alles Material, das sie erfahren, für sämtliche Beteiligten öffentlich ist. Dies kann aber dazu führen, daß diese Therapeuten entscheidende Informationen nicht erhalten. Gehen Therapeuten jedoch auf den Wunsch der Klienten ein, kann es sein, daß sie sich in eine zunehmend komplizierte Situation verstricken, bei der sie irgendwann nicht mehr wissen, wer ihnen welche Informationen gegeben hat, und was sie wem gegebenenfalls verschweigen müssen. Wir versuchen als Mittelweg eine zeitlich begrenzte Diskretion zuzusichern, die sobald als möglich aufgehoben werden soll.

Neben der Exploration existieren eine ganze Reihe weiterer diagnostischer Verfahren (zur Übersicht Zimmer, 1985, 1997). Bei diesem Paar wurden zusätzlich die Tübinger Skalen zur Sexualtherapie (TSST, Zimmer, 1989) sowie der Anamnesefragebogen zur Sexualität und Partnerschaft (ASP) gegeben, der auf der Basis früherer Lebensfragebögen (Lazarus) für den Bereich Sexualität und Partnerschaft adaptiert worden war (Zimmer, 1989). Beide Partner gaben an, früher mit ihrer Sexualität zufrieden gewesen zu sein. Es handelte sich offensichtlich nicht um eine primäre, sondern um eine sekundäre Problematik. In der empirischen Literatur (Zimmer, 1997) erscheint die Prognose für sekundäre Sexualprobleme bei der Frau ungünstiger als für primäre Störungen.

Frau Müller hatte in den letzten eineinhalb Jahren Sexualität stärker als etwas empfunden, das sie ihrem Mann zuliebe tat, als daß es ihren eigenen Bedürfnissen entsprochen hätte. Sie erlebte sich als fremdbestimmt, unter dem Einfluß ihres Mannes. Sie gab seinen sexuellen Wünschen aber weniger auf dem Hintergrund von sozialen Ängsten und Selbstunsicherheit nach, als vielmehr, um ihren eigenen Rollenerwartungen zu genügen, und,

wie sie sagte, auch aus Zuneigung zu ihrem Mann. Aus den (seit ca. 2 Jahren) bestehenden anfänglichen Unterschieden in der Häufigkeit des Wunsches nach sexueller Interaktion entwickelte sich zunehmend eine Abneigung der Frau gegen gemeinsame Sexualität. Herr Müller hatte ein ausgesprochen starkes Interesse an Sexualität. Damit ist nicht primär der Häufigkeitwunsch gemeint, sondern die hohe emotionale Bedeutung, die der Ehemann in den Gesprächen der gemeinsamen Sexualität beimaß.

## 2 Differentialdiagnostik: Erste Hypothesengenerierung

Die bis hierher erhobenen Befunde legen die Diagnose „sekundäre sexuelle Appetenzprobleme“, also Verlust sexuellen Interesses („Libidoverlust“ in der psychoanalytischen Terminologie) nahe. Wenn man als Praktiker mit einer derartigen Symptomatik konfrontiert ist, ist es hilfreich, sich die empirisch untersuchten Modelle zur Ätiologie sexueller Appetenzstörungen zu vergegenwärtigen. Dies kann die Hypothesenbildung erleichtern und gezielte diagnostische Fragen anregen, um alternative Erklärungsmöglichkeiten auszutesten.

So finden sich Probleme sexueller Appetenz u. a. bei niedrigem Blutdruck und verschiedenen anderen körperlichen Erkrankungen, als Nebenwirkung bestimmter Psychopharmaka, insgesamt bei depressiven Reaktionen oder Episoden, bei sozialer Angst und selbstunsicheren Persönlichkeiten, geringer Selbstachtung, natürlich bei vorherrschenden negativen Emotionen in der Partnerschaft, insbesondere unausgestandenen Ärgerkonflikten (zur Übersicht: Zimmer, 1997).

Bei Frauen ist häufig eine fortschreitende aversive Konditionierung beteiligt, die darauf zurückgeht, daß eine Frau ihrem Mann zuliebe ohne emotionale Beteiligung sexuell aktiv sein kann, während dies Männern, die emotional nicht bereit sind, in der Regel mangels Erektion nicht gelingt. Negative emotionale Konditionierungen der Sexualität neigen zu einer fortschreitenden Generalisierung. Unangenehme Erlebnisse führen zu Erinnerungen und entsprechend negativen Antizipationen, die zunehmend auch die Vorläufer direkter Sexualität, nämlich Zärtlichkeitsverhalten, zu unangenehmen Erlebnissen werden lassen.

## Ergebnisse der weiteren Exploration

Organmedizinische Gründe wurden bei einer gynäkologischen Abklärung nicht gefunden, es gab auch keinen Mißbrauch von Alkohol oder Medikamenten. Beide Partner gaben an, daß sie sich die Symptomatik nicht erklären könnten, eben weil sie sich sehr lieben, nie streiten würden und eigentlich gerade alles erreicht hätten, was ihre Lebensziele gewesen seien: Kinder, ein gesichertes Einkommen, Erfolg im Beruf. Sicherlich gebe es gelegentlich kleine Spannungen, aber deswegen würden sie ihre Situation nicht als unzufriedenstellend bezeichnen.

Insbesondere in der Paartherapie sollte der erfahrene Praktiker damit rechnen, daß Konflikte bei Paaren, v. a. bei solchen, die eher sozial angepaßt erscheinen, nicht ohne weiteres benannt werden können. Wenn Paare keine Streitkultur lernen konnten, kann ein Arrangement mit dem Unglück stattgefunden haben, ohne daß die Konflikte klar benannt werden können. Diese Beobachtung zwingt nicht zur Annahme unbewußter Prozesse. Lernpsychologisch kann man vermuten, daß die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und Grenzen zu setzen, nicht adäquat gelernt wird (fehlende Wahrnehmungsdifferenzierung und interaktionelle Kompetenz) oder durch Ängste frühzeitig blockiert wird. Hier führt eine verbale Exploration zu Aussagen, die eher Rollenerwartungen widerspiegeln als emotionales Erleben. So wundem sich die Paare oft und sind überrascht, daß bestimmte emotionale und körperliche Reaktionen wie Sexualität sich nicht in ihre übrigen Erwartungen einfügen lassen. Bei einer englischen Untersuchung (Frank u. a., 1978) gaben 60 % von Frauen trotz geäußerter Zufriedenheit mit Ehe und Sexualität klinisch relevante sexuelle Symptome an.

Aufgrund der beobachteten geringen Kommunikationsbereitschaft im Ausdruck positiver und negativer Gefühle, Enttäuschungen und Wünsche wurde der therapeutische Schwerpunkt für mehrere Sitzungen auf die Erleichterung offener Kommunikation gelegt. Hierzu wurden Rollenspiele, Modellvorgaben und kognitive Hilfen eingesetzt (Zimmer, 1985). Trotz einer gewissen Vorsicht konnten sich beide Partner auf diese Arbeit einlassen und es sogar genießen, daß sie in der Therapie einen Ort gefunden hatten, wo sie sich wieder miteinander beschäftigten, sich neu kennenlernen, ohne durch Kinder und Beruf daran gehindert zu werden. Auf dem Hintergrund der vielfältigen Enttäuschungen fiel die Äußerung positiver Emotionen schwer, machte aber die Sehnsucht nach Zuwendung und Anerkennung spürbar. Die Rollenspiele zum Ausdruck von Ärger und Enttäuschungen brachten die Bitterkeit beider Partner zu Tage, die sich jeweils vom anderen Partner elementar im Stich gelassen fühlten.

Auf der Basis dieser verbesserten Selbstwahrnehmung und Bereitschaft, auch belastende Emotionen und Gedanken zu äußern, ergab die Exploration folgendes Bild:

*Die Unzufriedenheit von Frau Müller*, daß „er nicht zu ihr halte“, war groß. Typische Situationen waren: Die Schwiegermutter schenkte den Kindern Süßigkeiten und Schokolade, obwohl dies den pädagogischen Prinzipien der Frau widersprach. Sie war unzufrieden mit der Aufgaben- und Zeitverteilung der Arbeiten im Verkauf in dem eigenen Geschäft, wie dies von der Schwiegermutter entgegen den Vorschlägen des Mannes durchgesetzt wurde. Frau Müller fühlte sich von der Schwiegermutter dominiert und gegängelt. Sie konnte dieser ihre Kritik nicht direkt sagen, überfiel ihren Mann aber am Abend mit ihrer Unzufriedenheit und dem Auftrag, mit seiner Mutter darüber zu sprechen.

*Der Konflikt von Herrn Müller*: Er erlebte sich im Mittelpunkt von drei vorwurfsvollen Frauen, die er alle zufriedenstellen wollte, ohne daß ihm dies gelingen konnte, weil die Frauen ihre Konflikte untereinander nicht direkt austrugen, sondern an ihn delegierten. In diesem inneren Zwiespalt wünschte er sich sehr stark Verständnis und Unterstützung seiner Frau, um mit ihr als Rückendeckung stärker gegenüber seiner Mutter auftreten zu können. Statt dessen beklagte sich seine Frau ebenfalls bei ihm. Innerlich war er auf der Flucht.

### 3 Erklärungsansätze/Theoretische Aspekte

Im folgenden sollen einige Ergänzungen aus der biographischen Anamnese zusammengefaßt werden. Darüber hinaus sollen die individuell-biographische Erklärungsperspektive, die paardynamische und familiendynamische Perspektive nebeneinander gestellt werden. Diese unterschiedlichen Perspektiven implizieren nicht automatisch unterschiedliche theoretische Modelle oder therapeutische Orientierungen. Zumindest in der Verhaltenstherapie ist jede der Ebenen bei einer Problemanalyse von Interesse.

#### Die individuelle Perspektive

*Frau Müller*: Frau Müller war in einem schwäbischen Handwerksbetrieb groß geworden. Beide Eltern hatten viel zu tun und relativ wenig Zeit für die einzige Tochter, die sie sehr liebten, gehabt. Am Modell ihrer Mutter hatte Frau Müller gelernt, daß Frauen tatkräftig mit zupacken können und

müssen. Sie hatte als zentrale Botschaft mitgebracht: „Wenn ich mich einfüge, tüchtig mitarbeite und meine persönlichen Bedürfnisse nicht an erste Stelle setze, werde ich anerkannt und geliebt.“ Auf dem Hintergrund der Deprivation, die mit der mangelnden Zeit und Zuwendung ihrer Eltern zusammenhängt, war Tüchtigkeit und Mitarbeit ein wichtiges Problemlöseverhalten. Dies schien in der Gegenwart nur unbefriedigend zu funktionieren. Trotz Tüchtigkeit und Mitarbeit erlebte sie nicht die gewünschte Unterstützung ihres Mannes. Sie schwankte zwischen Einbrüchen bezüglich ihrer Selbstachtung, Frustration und aggressiven Gefühlen.

*Herr Müller:* Herr Müller war als zweites Kind mit einer älteren Schwester aufgewachsen. Seine Mutter erlebte er als streng, dominant und wenig gefühlvoll, ganz im Gegensatz zu seinem weichen, emotionalen Vater. Sein Vater hatte sich Respekt als tüchtiger Handwerker erworben, in der Familie selbst aber war er seiner Frau unterlegen. Der Schwester war es nicht gelungen, das Modell der Mutter zu übernehmen und gleichzeitig eigene familiäre Bindungen einzugehen. Herr Müller hatte in seinem Vater kein Vorbild für selbstsicheres, selbstbewußtes Auftreten als Mann, was dazu führte, daß er auch während der Zeit der Pubertät nur sehr zurückhaltend eigene Wege beschritt. Der Tod seines Vaters, als Herr M. 17 Jahre alt war, erschwerte die kritische Auseinandersetzung mit diesem. Wohl fühlte er sich in der Lehre und in der Ausbildung, die er außerhalb des eigenen familiären Betriebes in Anspruch nahm, auch wenn er weiterhin zu Hause lebte. Seine Selbstachtung bezog er aus seiner beruflichen Tüchtigkeit. In zwischenmenschlichen Kontakten war er eher konfliktscheu, anhänglich und unterstützungsbedürftig. Die Heirat stärkte sein Selbstbewußtsein als Mann. Der Neid von Schwester und Mutter, die ihn im Hause gehalten hatten, machte ihm zu schaffen.

*Die paardynamische Perspektive:* Beide Partner waren relativ konfliktscheu, konnten entsprechend mit positiven und vor allem negativen Emotionen nicht offen umgehen. Dies führte zu einer reduzierten Verstärkerrate und einem Berg ungelöster, aversiver Konflikte. Beide erlebten sich als bedürftig und wünschten sich Unterstützung, Stärkung und Rücken-deckung durch den jeweils anderen, ohne dies selbst geben zu können. Sexualität erschien im Erleben von Herrn Müller als Zeichen, daß seine Frau zu ihm hielt und ihm Wärme und Zuneigung gab. In den Augen von Frau Müller erschien Sexualität als weitere Unterwerfung unter die Bedürfnisse anderer Menschen.

*Familiendynamische Perspektive:* Zwischen der jungen Familie und der Ursprungsfamilie des Mannes gab es keine hinreichend klaren Grenzen. Die Ablösung des Mannes von der Ursprungsfamilie war nicht adäquat vollzogen. Entsprechend schwer fiel es ihm, mit aggressiven Emotionen



und Konflikten umzugehen. Selbstunsicherheit und erniedrigtes Selbstbild waren ebenso die Folge wie Konfliktvermeidung und der Wunsch, wenigstens in der Sexualität einen positiven Ausgleich zu erleben.

Die *funktionale Analyse* der sexuellen Appetenzprobleme der Frau verweist auf dem dargestellten Hintergrund die Notwendigkeit, daß beide Partner auf eine aktive und kooperative Art lernen, sich gegenseitig zu unterstützen, eine gemeinsame positive Lebensperspektive aufzubauen, und klare Familienstrukturen zu schaffen. Aufgrund der aktuellen Lebenssituation waren die Defizite an sozialer Kompetenz des Mannes hierfür von zentraler Bedeutung.

## 4 Therapeutische Ansatzpunkte

Wie es häufig in solchen Behandlungen vorkommt, hatten das gemeinsame Gespräch, die diagnostische Abklärung, verbunden mit Informationen zum Thema Sexualität und die gemeinsame Erarbeitung der funktionellen Zusammenhänge bereits therapeutische Wirkungen. Die Verschiebung der Perspektive von einer internalen negativen Kausalattribution von Frau Müller („Ich bin eine Versagerin“) hin zu einem teilweise externalen Ursachenverständnis, verbunden mit der hoffnungsvollen Perspektive, durch aktive Lernschritte die notwendigen Voraussetzungen für eine gelingende Sexualität schaffen zu können, führte zu einer emotionalen Aufhellung.

### Kognitiv-emotionale Aspekte der Therapie

In diesem speziellen Fall war entscheidend, daß Herr Müller lernte, die Zurückweisung seiner sexuellen Wünsche durch seine Frau weniger als Kränkung zu erleben, sondern aus der Situation seiner Frau heraus besser verstehen zu können. Ihm wurde ihre schwierige Situation in der Konkurrenz mit den anderen Frauen deutlich, ohne daß er unter Handlungsdruck geriet, stellvertretend für seine Frau Konflikte mit seiner Mutter auszutragen. Andersherum wurde Frau Müller deutlich, in welcher inneren Not sich ihr Mann befand, der keiner der drei Frauen (Ehefrau, Mutter, Schwester) gewachsen schien.

Der Wunsch nach Verständnis durch den jeweils anderen gehört zu den elementaren Sehnsüchten und den wichtigsten Verstärkern wohl aller Ehepartner. Ein Teil der Verzweiflung konnte aufgefangen werden, nicht jedoch die ganze Bitterkeit und Unzufriedenheit. Herrn Müller wurde aber deutlich, daß er weniger durch Forderungen nach Sexualität, als vielmehr

durch einen eigenen mutigen Beitrag in der Überwindung der eigenen Angst seiner Frau helfen konnte, Selbstachtung und Achtung vor dem Partner wiederzugewinnen und damit die Basis für sexuelle Wünsche zu schaffen. Das heißt, er entdeckte, daß seine Wünsche nach Sexualität Teil einer Problemlösestrategie war, bei der falsche Methoden eingesetzt und eine falsche Ebene gewählt wurden. Sein Wunsch nach Rückendeckung und Unterstützung war einerseits berechtigt, andererseits Teil einer Vermeidung, sich mit aggressiven Gefühlen und Konflikten innerhalb der Familie auseinanderzusetzen. Indem er bereit war, zu lernen, Grenzen zu setzen und eigene Bedürfnisse offensiver zu vertreten, würde es auch seiner Frau leichter fallen, eben dies zu tun. Die respektvolle Wahrnehmung eigener Bedürfnisse ist ebenso wie die Fähigkeit, Grenzen zu setzen und nein zu sagen, eine wesentliche Voraussetzung, daß Sexualität genossen werden kann. Kurz gesagt: Wer nicht nein sagen kann, kann auch nicht ja sagen.

## Übende Teile der Therapie

Vorübergehend wurde das Paar zu Einzelgesprächen aufgeteilt. Insbesondere mit Herrn Müller wurden in Rollenspielen der direkte Ärgerausdruck, die Zurückweisung von Kritik und die adäquate klare Äußerung von Wünschen geübt. Notwendige Einstellungsänderungen (Akzeptanz eigener Bedürfnisse, Reduktion von Schuldgefühlen) wurden parallel erarbeitet. Herr Müller tat sich zunächst sehr schwer, war dann aber hochmotiviert für eine Veränderung. Eine Weile befürchtete der Therapeut, daß Herr Müller zu stark reagierte, und im Rückgriff auf die unerledigten Konflikte zu heftig und ausfallend wurde.

Interessanterweise war Frau Müller die erste, an der er seine neu erworbenen Fähigkeiten in der Abgrenzung und Zurückweisung von Wünschen erprobte. Sie war überrascht und enttäuscht, entdeckte aber, daß dies ihren Respekt ihm gegenüber erhöhte, was es für ihn wiederum leichter machte, zentrale Fragen der Arbeitszeit- und Arbeitsplatzgestaltung im eigenen Geschäft mit seiner Frau zu besprechen. Er entdeckte sie als klare, kompetente Ratgeberin.

Die Konfliktgespräche mit Mutter und Schwester wurden lange und intensiv geübt. Die realen Gespräche verliefen nicht so erfolgreich, wie Herr M. es erhofft hatte. Entscheidend aber war weniger, daß die alte Mutter sich schwer von Gewohnheitsrechten lösen konnte und wenig einsichtig war, sondern vielmehr, daß er sich auf eine Art verhalten konnte, die er als angemessen wahrnahm und die es ihm ermöglichte, zu sich selbst stehen zu können (Erhöhung von Selbstakzeptanz, Kompetenzvertrauen und Selbstverstärkung).

## Spontane Symptomänderung

In einer der Sitzungen während dieser Therapiephase berichtete die Frau, daß sie zu ihrer eigenen Überraschung nach einem von beiden als schwierig erlebten Streitgespräch, in dem sie beide nicht nachgeben konnten, am Abend plötzlich das Bedürfnis hatte, mit ihrem Mann zu schlafen. Beide freuten sich sehr darüber. Therapeutisch war wichtig zu klären, warum gerade die Fähigkeit, Konflikte auszuhalten, die Basis für positive Emotionen darstellen kann. Gelingt es, auf eine Art zu streiten, bei der es weder Gewinner noch Verlierer gibt, und bei der entwürdigende Äußerungen und Entwertungen vermieden werden können, kann der Streit zu größerem Respekt voreinander und zu höherer Achtung der Interessen des jeweils anderen führen. In solchen Fällen können erfolgreich durchgestandene Konflikte sehr gut mit erotischen Gefühlen zusammenpassen (zur empirischen Literatur siehe Zimmer, 1994).

Weiterhin war es sehr wichtig, Hoffnungen zu dämpfen, daß nach diesem Durchbruch eine unkomplizierte Sexualität möglich wäre. Die Aufforderung an Patienten, erste positive Erlebnisse mit Sexualität nicht zu sehr zu beachten, kann zum einen als paradoxe Verschreibung und Umdeutung verstanden werden. Sie hat aber auch einen sehr realen Kern, wie jede gute und wirkungsvolle Umdeutung. Erfahrene Therapeuten wissen, daß erste positive sexuelle Erlebnisse die alten überhöhten Leistungsanforderungen wieder zum Leben erwecken können. Der spielerische Umgang mit Erotik und Sexualität wird zugunsten von intensiv verfolgten Leistungszielen aufgegeben. Von jetzt an soll alles den überhöhten Idealanforderungen genügen, nachdem man längere Zeit sexuelle Entbehrungen erdulden mußte. Eine langfristige Stabilität von Fortschritten im Rahmen der Behandlung sexueller Funktionsstörungen hängt jedoch weniger von den erzielten positiven Änderungen und Erlebnissen ab als vielmehr vom Umgang mit Mißerfolgen. Dies ist der Hintergrund, weshalb in vielen Sexualtherapien Mißerfolge auch künstlich hergestellt werden (Zimmer, 1985). Nur wer vorübergehende Mißerfolge ohne Dramatisierung bewältigen kann, kann die Basis für entspannte und zufriedenstellende sexuelle Interaktion legen.

## Fortführung des Behandlungsplans

Nachdem die offenen Konfliktgespräche zwischen Herrn Müller und seiner Mutter bzw. seiner Schwester zwar inhaltlich gut, äußerlich aber noch erfolglos verliefen, überlegten beide Partner in der Therapie, wie weit sie sich von der Einsichtsfähigkeit der alten Mutter abhängig machen wollten. Verschiedene Entscheidungsalternativen wurden mit pro-contra-Listen be-

züglich Kosten und Nutzen für alle Beteiligten durchüberlegt. Schließlich entschloß sich das Paar, eine eigene Wohnung außerhalb des Hauses zu suchen und die bisherige Wohnung zu vermieten. Überraschend für beide war, daß auch Mutter und Schwester diese Entscheidung positiv aufnahmen. Die Entzerrung der Familie tat allen Beteiligten gut und stellte eine gute Basis für klärende Gespräche bezüglich der Rollen der einzelnen Familienmitglieder in dem gemeinsamen Geschäft dar. Versuche, am Arbeitsplatz klare Aufgabenverteilungen durchzusetzen, scheiterten an der mangelnden Flexibilität der Mutter. In mühsamen Gesprächen konnte jedoch erreicht werden, daß die zeitliche Überlappung geringer wurde und daß Frau Müller entscheidende Funktionen in der buchhalterischen Planung übernahm.

## 5 Evaluation der Behandlung/Resümee

Die Behandlung nahm insgesamt 25 Sitzungen in Anspruch, davon wurden 8 Sitzungen jeweils als 4 Einzelgespräche mit Herrn und Frau Müller durchgeführt. Am Anfang war die Sitzungsfrequenz zweimal die Woche (die ersten 4 Sitzungen), später wöchentlich, gegen Ende der Therapie wurde auf eine Sitzung pro Monat umgeschaltet. Dem Paar wurde angeboten, eine Nachgesprächssitzung nach jeweils weiteren drei und sechs Monaten durchzuführen, um zu sehen, in wie weit es in der Lage war, zwischendurch auftretende schwierige Erfahrungen selbst zu bewältigen.

Telefonische Rückmeldungen ergaben, daß das Paar bei den Katamnesen ähnlich wie am Ende der Therapie mehr stritt als zu Beginn der Behandlung. Beide berichteten aber, damit zufrieden zu sein, da die Streits aktuelle Themen betrafen (Kinder, Geschäft, Verteilung der Haushaltsbelastungen u. ä. m.). Beide berichteten, sehr viel zufriedener im Umgang miteinander zu sein und mit der Entscheidung, die gemeinsame Wohnsituation mit Mutter und Schwägerin aufzukündigen. Beide betrachten das einstige sexuelle Problem nicht mehr als Problem. Frau Müller gab an, gelegentlich selbst initiativ zu sein, auch weil sie deutlich spüre, daß das ihres Erachtens nach übersteigerte Interesse ihres Mannes an Sexualität deutlich nachgelassen habe.

Der Erfolg auf der Ebene der Sexualität war offensichtlich davon abhängig, daß Fähigkeiten entwickelt worden waren, familiären Ärger und aggressive Konflikte auszutragen, und auf diesem Weg wechselseitigen Respekt sicherzustellen. Das Interesse von Herrn Müller an Sexualität war nicht nur biologisch (triebhaft) determiniert, sondern Ausdruck seiner geringen Selbstachtung und seines Bedürfnisses nach sozialer Unterstützung

durch seine Frau. Nachdem diese Funktion überflüssig geworden war, konnte Frau Müller verstärkt Sexualität als etwas, das ihren eigenen Bedürfnissen entsprach, entdecken.

## Literatur

- Arentewicz, G. & Schmidt, G. (1980; 3. Auflage: 1993). *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie*. Berlin: Springer.
- Frank, E., Anderson, C. & Rubinstein, D. (1978). Frequency of sexual dysfunction in „normal“ couples. *New England Journal of Medicine*, 299, 111–115.
- Zimmer, D. (1985). *Sexualität und Partnerschaft – Grundlagen und Praxis psychologischer Behandlung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Zimmer, D. (1988 2. überarbeitete Fassung 1989). *Fragebogen zur Sexualität und Partnerschaft (ASP, TSST, NSP)*. Materialie Nr. 19 der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), Tübingen.
- Zimmer, D. (1997) Funktionelle Sexualstörungen. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Psychische Störungen und ihre Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.

## **Psychophysiologische Störung**

Bernd Leplow und Roman Ferstl, Kiel

### **Einführung**

Unter psychophysiologischen Störungen werden körperliche Erkrankungen verstanden, deren Symptome in deutlicher Abhängigkeit von emotionalen und situativen Faktoren variieren. Im Gegensatz zu den somatoformen Störungen handelt es sich bei dieser Erkrankungsgruppe um Störungen mit entweder nachgewiesenem Organschaden oder einem bekannten pathophysiologischen Prozeß. Früher wurden zu den psychophysiologischen Störungen im wesentlichen nur die sogenannten „psychosomatischen“ Erkrankungen wie zum Beispiel das Asthma bronchiale, die Colitis ulcerosa oder der essentielle Bluthochdruck gezählt. In der neueren Konzeption der psychophysiologischen Störungen werden zu dieser Erkrankungsgruppe jedoch die Gesamtheit der primär körperlich begründeten Störungen gerechnet, deren Auftreten und Verlauf in hohem Maße durch „auslösende“ und „aufrechterhaltende Bedingungen“ mitbestimmt wird (z. B. Wilson et al., 1992; Comer, 1995; Davison & Neale, 1996). Diese Auffassung hat in den verbreiteten Diagnostiksystemen Berücksichtigung gefunden. So wurde im DSM-IV die Kategorie „Körperlicher Zustand, bei dem psychische Faktoren eine Rolle spielen“ (Ziffer 316.00) und im ICD-10 die Kategorie F54, „Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen“ eingeführt.

Zur Verdeutlichung der genannten Definitionen soll ein Fall beschrieben werden, der zu den „extrapyramidalen Erkrankungen“ gehört. Es handelt sich um einen Patienten, dessen körperliche Symptome in einem „essentiellen Kopf- und Handtremor“ und einer „segmentalen Dystonie“ bestehen. „Essentiell“ bedeutet, daß die Ursache der Erkrankung unbekannt ist. Gelegentlich wird hierfür auch der Begriff „idiopathisch“ verwendet. Ein „Tremor“ zeigt sich in rhythmischen Oszillationen eines Körperteiles um

einen Fixpunkt. Unter „Dystonien“ werden Bewegungsstörungen verstanden, die durch einen abnorm erhöhten Muskeltonus gekennzeichnet sind, der zu andauernd veränderten Haltungen einzelner oder mehrerer Körperteile führt oder sich in mobilen, einschließenden, rhythmischen oder repetitiven Bewegungsanomalien äußert (Fahn, 1988). Dystone Symptome verschlechtern sich üblicherweise bei der Aufnahme von Willkürbewegungen, bei emotionaler Belastung, Streß und Müdigkeit. Sie bessern sich unter Entspannung und im Schlaf.

Die Häufigkeit dieser Symptome ist nicht genau bekannt. In Großbritannien wird von ungefähr 20 000 Dystoniepatienten ausgegangen, einer Zahl, die zu 65 % die Prävalenzrate der Multiplen Sklerose erreicht (Marsden & Quinn, 1991). Damit sind diese Störungen wesentlich häufiger als es üblicherweise angenommen wird. Die weit überwiegende Mehrzahl der Dystonien ist idiopathisch, tritt im Erwachsenenalter auf und ist durch einen chronisch-stationären oder chronisch-progredienten Verlauf gekennzeichnet. Auch wenn die biologische Basis dieser Erkrankungen nicht im Einzelfall bekannt ist, wird heute aufgrund sich mehrender Befunde von Fehlfunktionen der Basalganglien und der mit ihnen verbundenen Regelkreissysteme ausgegangen (Hedreen et al., 1988; Schneider et al., 1994). Die motorischen und sozialen Beeinträchtigungen der Erkrankten sind beträchtlich, der Leidensdruck ist massiv, und eine kausale Therapie ist nicht möglich. In letzter Zeit hat sich mit guten Kurzzeiterfolgen die Injektion von Botulinum-Toxin in die betroffene Muskulatur durchgesetzt. Allerdings handelt es sich hier um eine rein symptomatische Behandlung, die häufig wiederholt werden muß, bei verschiedenen Patienten sehr unterschiedlich wirkt und die Symptome zwar zumeist bessert, jedoch nicht beseitigt. Außerdem sind die Langzeitergebnisse dieser im Regelfall lebenslang bestehenden Syndrome bislang nicht vollständig geklärt (Cebellos-Baumann, 1996).

### *Biographische Angaben des Patienten*

Herr K., ein 36jähriger Bankkaufmann, wuchs als jüngster von vier Brüdern in einer mittelgroßen Kreisstadt Westdeutschlands bei seinen Eltern auf. Er stammt aus einer Familie, die zwar nicht wohlhabend war, jedoch keine finanziellen Sorgen hatte. Der Vater war Tischlermeister und führte eine eigene Werkstatt mit zwei Gesellen. Die Mutter versorgte als Hausfrau die Kinder und half in der Buchführung. Die körperliche und soziale Entwicklung des Patienten war unauffällig. Herr K. erreichte ohne größere Mühe den Fachhochschulabschluß, absolvierte eine Banklehre und war erfolgreich in seinem Beruf tätig. Nach dem Wechsel in eine Großstadt

besuchte er die Bankakademie und spezialisierte sich auf den internationalen Devisenhandel. Dies brachte häufige Bildschirmarbeit mit sich. Herr K. ist ledig, lebt in guten finanziellen Verhältnissen allein in eigener Wohnung und hat seit drei Jahren keine feste Partnerin. Der Allgemeinzustand ist gut, Herr K. treibt viel Sport (Tennis, Surfen, Segeln, Squash) und hat einen großen Bekanntenkreis, mit dessen Mitgliedern zahlreiche Freizeitaktivitäten unternommen werden. Dazu gehören unter anderem sportbetonte Auslandsreisen nach Übersee. Vor sieben Jahren hat Herr K. das Rauchen aufgegeben. Er gibt an, im Durchschnitt täglich etwa zwei Glas Wein oder Bier zu trinken. Kaffee und Tee werden nur in geringen Mengen getrunken, illegale Drogen seit der Jugend nicht mehr genommen.

## 1 Beschreibung der Störung

Herr K. kommt auf Empfehlung des ärztlichen Kollegen einer neurologischen Fachpraxis zur Vorstellung. Der Patient klagte über eine zunehmende Beeinträchtigung durch die Bewegungsstörungen und äußerte den Wunsch, eventuell „zusätzliche Maßnahmen“ unternehmen zu wollen, auf keinen Fall jedoch „eine Möglichkeit der Linderung auszulassen“.

Körperlich-physiologisch äußerte sich die Symptomatik als feinschlägiger, vorwiegend in Ruhe auftretender Kopftremor von circa 6–8 Hertz. Zusätzlich trat sowohl in Ruhe, besonders aber beim Halten von Gegenständen ein leichter bis mittelschwerer Tremor der rechten Hand auf. Bei willentlichen langsamen Wendebewegungen des Kopfes zur rechten Seite und Neigung auf die rechte Schulter kam es zudem zu einer dystonen Störung, die zunächst in einem grobschlägigen Wackeln, dann in einem heftigen Wegschießen des Kopfes bestand. Dies erfolgte bevorzugt aus der Mittel-lage des Kopfes heraus über eine schraubenförmige Drehbewegung, die den Kopf zudem leicht nach hinten riß. In ähnlicher Weise kam es bei den eine Drehung des rechten Handgelenkes erfordernden feinmotorischen Tätigkeiten zu unwillkürlichen, heftigen und schraubenförmig einschießenden Drehbewegungen der rechten Hand. Zur Kompensation und Prophylaxe des Kopftremors wurde die Halsmuskulatur habituell nach links überdehnt, so daß der Eindruck einer permanenten Schiefstellung des Kopfes entstand.

Auf der subjektiv-verbalen Ebene wurden gesellschaftliche Situationen zunehmend als bedrohlich antizipiert (z. B. „Um Gottes willen, bloß jetzt nicht krampfen!“). Auch wurden Selbstinstruktionen mit imperativem Charakter eingesetzt (z. B. „nicht wackeln!“; „entspanne dich!“). Zudem kam es vermehrt zu einer ängstlich getönten Selbstbeobachtung im Sinne



einer permanenten Registrierung des aktuellen Tremorgeschehens und einer genauen Beurteilung, ab wann bei einer eingeleiteten Kopf- oder Armwendebewegung die, wie Herr K. es nannte, „Resonanz überschritten“ sei und damit die dystone Bewegungsstörung unbeeinflussbar eintritt. Diese „Resonanz“ war der propriozeptive Reiz, bis zu dem eine eben noch mögliche Kontrolle der Bewegungsabläufe wahrgenommen wurde. Die Zunahme der Symptomatik ging regelmäßig mit negativen Selbstverbalisierungen sowie Gefühlen von Scham, Verzweiflung und Resignation einher.

Auf der Verhaltensebene fand sich ein zunehmendes Rückzugsverhalten, besonders in Bezug auf soziale Situationen. Intimkontakte wurden seit drei Jahren vollständig gemieden. Konnte oder wollte Herr K. bestimmte Sozialkontakte nicht unterlassen, kam es „zur Vorbeugung“ zum Genuß von ein bis zwei Glas Sekt. Auch berichtete der Patient eine allmähliche Zunahme des abendlichen Alkoholkonsums. Ansonsten zeigte sich vermehrt die Entwicklung von Schonhaltungen, zum Beispiel in generellen Vermeidungen von Anstrengungssituationen. Dies drückte sich auch in einer auffällig leisen und im Kontrast zur sonstigen Erscheinung stehenden wenig modulierten Stimme aus.

An Kompetenzen ließ sich eine weitgehend erhaltene körperliche Leistungsfähigkeit, erhaltene Mobilität von Arm- und Halsmuskulatur sowie eine hohe Intelligenz und eine sehr gute Verbalisations- und Introspektionsfähigkeit feststellen. Der sonstige Gesundheitszustand ist ohne jede Beeinträchtigung. Herr K. wirkt gesund, kräftig und im Auftreten als typischer Vertreter der gepflegten städtischen Mittelklasse. Herr K. war sich voll über die Chronizität der Erkrankung im Klaren und sehr motiviert, für die Durchführung einer ergänzenden therapeutischen Maßnahme einen langen Anfahrtsweg in Kauf zu nehmen. Er erfuhr von dieser Möglichkeit durch seinen behandelnden Neurologen.

Erste Symptome wurden im Alter von zwanzig Jahren beobachtet, als es bei beidhändig ausgeführten feinmotorischen Tätigkeiten zu einem „Wegschießen“ der rechten Hand kam. Ein Jahr später traten erstmals der Tremor, der Hypertonus der Nackenmuskulatur und die dystone Symptomatik am Kopf auf. Nach zwei bis drei Jahren war das Vollbild der Erkrankung erreicht, seitdem ist der Verlauf stationär. Die Symptome waren bei motorischen Anforderungen stets stärker gewesen, morgens nach dem Aufwachen am schwächsten. In den letzten Jahren kam es phasisch zu deutlichen Verschlechterungen, besonders in sozialen Situationen. Dies wirkte sich besonders auf den Kopftremor aus. Zahlreiche pharmakologische Behandlungsversuche blieben ohne Erfolg und wurden abgesetzt. Eine Behandlung mit Botulinum-Toxin wurde wegen der multiplen Symptomatik und der unklaren Erfolgsaussichten nicht indiziert.

Anamnestisch ist ein schwerer Alkoholmißbrauch bereits zu Beginn der Adoleszenz von Bedeutung. Im Alter von dreizehn Jahren kam es zu einer schweren Alkoholintoxikation. In diesem Zusammenhang stürzte der Patient so unglücklich, daß ein Schädel-Hirn-Trauma mit 24stündiger Bewußtlosigkeit resultierte. Bis zur Aufnahme der Banklehre im Alter von neunzehn Jahren kam es zu regelmäßigem exzessiven Alkoholmißbrauch, verbunden mit dem Konsum von 40 Zigaretten und „literweise“ Kaffee täglich. Familiäre Belastungen fanden sich weder in bezug auf die Alkoholanamnese noch bezüglich extrapyramidalen Symptome. Die Geburt verlief komplikationslos, allerdings kam es während der Schwangerschaft zu einer Nierenerkrankung der Mutter mit entsprechender medikamentöser Behandlung.

## 2 Differentialdiagnose

Bei dem hier vorliegenden Störungsbild handelt es sich offensichtlich um eine Erkrankung, die aus zwei unabhängigen, jedoch oft gemeinschaftlich auftretenden Symptomkomplexen besteht, nämlich einem Tremor und einer Dystonie. Der Kopftremor zeigt sich bei Herrn K. als Ruhetremor; der der Hand tritt offensichtlich sowohl als Ruhe- als auch als Haltetremor auf. Beide Tremorformen verstärken sich unter Belastung, mindern sich bei Entspannung und verschwinden bei Alkoholgenuß. Dies und die Tatsache, daß der Tremor seit ungefähr zwanzig Jahren unverändert besteht, ist typisch für diese Tremorform und schließt eine Interpretation des Symptoms als Ausdrucksgeschehen weitgehend aus. Entsprechendes gilt für die dystone Symptomatik. Ihre Kennzeichen (Hypertonus der Muskulatur, Störung besonders der langsamen Bewegungsfolgen, Koinzidenz mit dem körperlich-psychischen Aktivierungsgrad sowie die typischen, eigentümlich einschießend-drehenden Bewegungsanomalien) decken sich voll mit dem bei Basalganglienstörungen bekanntem Bild motorischer Störungen.

Eine Auffassung der Störung als Symptom einer „hysterischen“ oder Konversionsstörung würde einen deutlichen funktionalen Charakter der Symptome in der Kommunikation voraussetzen. Im Gegensatz dazu treten sowohl der Tremor als auch die dystone Symptomatik permanent, also auch ohne Gegenwart anderer auf. Überdies sprachen die Symptome in keiner Weise auf Placebotests an. Solche, zumeist manuelle Maßnahmen, setzen an vorgeblich die Symptomatik verschlimmernden oder bessernden „trigger points“ an und werden zur Abgrenzung von hysterischen oder simulierten Symptomatiken heute systematisch eingesetzt. Daß hier die für eine „Hysterie“ als typisch angesehene „belle indifference“ völlig fehlt, die

Symptome hingegen in der bei extrapyramidalen Erkrankungen typischen Art und Weise als ausgesprochen quälend erlebt werden und in zunehmenden Maße Depression, Angst und Vermeidungsverhalten induzieren, ist ein weiteres wichtiges Unterscheidungskriterium.

Das völlige Fehlen weiterer körperlicher Erkrankungszeichen auch in der Anamnese schließt eine Somatisierungsstörung aus. Bei oberflächlicher Betrachtung könnte die Symptomatik wegen der Überdehnung der Halsmuskulatur nach links jedoch mit einer anderen dystonen Erkrankung, nämlich dem Schiefhals oder Torticollis verwechselt werden. Beim Torticollis gelten dieselben Kriterien wie bei den anderen Dystonien. Die Schiefstellung des Kopfes ist beim hier vorliegenden Fall dagegen eine willkürlich eingesetzte Hilfsstrategie zur Unterbindung des als sehr aversiv erlebten Kopftremors. Die Schiefhaltung kann bei entsprechender Selbst- oder Fremdinstruktion beliebig lange aufgehoben werden. Das ist bei einem echten Torticollis nicht möglich.

Schließlich ergaben sich aus der Anamnese einige Faktoren (Schädel-Hirn-Trauma, Alkoholabusus, Schwangerschaftskomplikation der Mutter), die das Entstehen der Symptome begünstigt haben könnten, doch sind sie in keiner Weise direkt auf diese zurückführbar. Es handelt sich hier also um einen „essentiellen“ Tremor und eine „idiopathische“ Dystonie. Wegen des gemeinsamen Auftretens dystoner Symptome im Nacken und ipsilateralen Armbereich spricht man auch von einer „segmental-brachialen Dystonie“ (Fahn, 1988). Wegen der deutlichen Abhängigkeit der Symptomintensitäten ist ferner das Kriterium von DSM-IV und ICD-10 erfüllt, nach welchen die Kategorien 316.00 beziehungsweise F54 zu vergeben sind, wenn ein körperliches Geschehen erheblich durch psychologische Faktoren beeinflusst wird.

### 3 Erklärungsansätze/Theoretisches Modell: Verhaltensanalyse

Im Erstgespräch ergab sich, daß aus dem Gesamtkomplex der Symptomatik der Kopftremor wegen seiner starken Auffälligkeit im sozialen Umgang das belastendste Symptom darstellte und deswegen mit Vorrang behandelt werden sollte. Dazu wurde gemeinsam mit dem Patienten ein Selbstbeobachtungsprotokoll entwickelt und während der ersten zehn Wochen der Therapie eingesetzt. In dieser Zeit erfaßte Herr K. am Abend eines jeden Tages die für ihn im Rückblick schlimmste Tremorsituation. Um von Anfang an eine differenzierte Betrachtung des Symptomgeschehens zu schu-

len und den Blick nicht auf die pathologischen Symptomsitzen zu fixieren, wurde zusätzlich täglich die Situation maximaler Beschwerdefreiheit erfaßt. Dafür wurden im Protokoll neben der genauen Zeitangabe die konkrete Situation, die numerisch codierte Tremorintensität, die begleitenden Selbstverbalisierungen, der allgemeine psychische Zustand sowie die Konsequenzen auf der Verhaltensebene und eine allgemeine Bewertung erfaßt. Bereits nach zwei Wochen der Selbstbeobachtung zeigten sich die wichtigsten Problemsituationen:

1. längeres erzwungenes Stillhalten des Kopfes, z. B. beim Friseur, beim Zeitunglesen, beim Autofahren;
2. bei fokussierter Aufmerksamkeit, z. B. beim Lesen von Fachtexten und am Bildschirm, insbesondere bei hohen Anforderungen und starkem Zeitdruck;
3. in Ruhesituationen, z. B. beim Liegen im Bett oder auf einer Wiese, insbesondere, wenn der Kopf auf einer festen Unterlage liegt;
4. bei starken motorischen Anforderungen, z. B. beim Tragen von Einkäufen oder dem Stehen in Warteschlangen; auch nach einer starken Belastung z. B. nach einem Tennisspiel sowie bei starker Müdigkeit;
5. bei geschäftlichen Besprechungen, z. B. mit Kunden und Vorgesetzten oder in Gremien;
6. im Freizeitbereich, z. B. im Restaurant mit Freunden, insbesondere, wenn kein unproblematisches Weggehen möglich ist, in Gegenwart von Frauen, bei erwünschter Kontaktaufnahme und auf Parties.

Unproblematische Situationen betrafen Beschäftigungen mit geistiger Ablenkung und mäßiger Konzentrationsanforderung, Alkohol, tiefe Entspannung, Segeln und Baden sowie alle motorischen Situationen, die keine hohe Daueranforderung stellen und die keine statische Haltung über längere Zeit erfordern. Generell führen alle Arten von Aufregung, Aktivierung und emotionaler Belastung zu Symptomverschlechterungen, emotionale Ausgeglichenheit dagegen zur Linderung.

Bei den ersten drei Klassen aggravierender Situationen begünstigt die Körperhaltung die Wahrnehmung propriozeptiven Feedbacks. Dieses führt in der Regel zur sofortigen Verschlechterung des Tremors, der Herr K. zu meist mit Appellen wie „Nun versuch’ das doch in den Griff zu bekommen!“, „Entspann dich ganz tief!“ oder „Konzentriere dich!“ begegnete. Diese Strategien führten immer seltener zu einer Abnahme des Tremors. Statt dessen wurde die nach links gerichtete Dehnung der Halsmuskulatur als Schonhaltung intensiviert. Dies führte zwar zur kurzfristigen Unterbindung des Tremors, bei Nachlassen dieser Kompensationsbewegung konnte es jedoch zu einem starken rebound-Effekt kommen: Der Kopf schlug dann äußerst heftig und völlig unkontrollierbar nach rechts. War der Tre-

mor überhaupt nicht mehr zu beeinflussen, wurde die Betätigung abgebrochen. War dies nicht möglich, wurde er entweder durch Festhalten blockiert oder über bestimmte Sitz-/Haltungspositionen für außenstehende Beobachter versteckt. Wenn möglich, wurden ein bis zwei Glas Wein, Sekt oder Bier getrunken und das Tremorgeschehen auf diese Weise schnell und fast vollständig beseitigt. Seit einigen Jahren kam es vermehrt zum „prophylaktischen“ Alkoholkonsum.

Die sozialen Problemsituationen werden dagegen typischerweise von ängstlichen Antizipationen der Art „hoffentlich geht das mit der Wackelei nicht wieder los!“, oder „hoffentlich schießt der Kopf/die Hand nicht weg!“ eingeleitet. Die Folge war eine ängstliche Selbstbeobachtung des Anspannungsgrades besonders der Nackenmuskulatur. Darüber hinaus wurde stets versucht, zum Beispiel aus der Mimik der Kommunikationspartner zu schließen, ob der Tremor oder die Dystonien bereits wahrgenommen worden sind und wie die Symptomatik vermutlich bewertet wurde. Auf der motorischen Ebene wurden dann im wesentlichen die bereits genannten Strategien zum Vermeiden und Verstecken des Tremors eingesetzt. Hinzu kamen noch ausgeprägte Bemühungen, sich „Fluchtwege“ offen zu halten, sich also zum Beispiel im Restaurant nicht zwischen die Freunde sondern stets an den Rand zu setzten, um bei erheblichen Symptomaggravationen rechtzeitig aus dem Felde gehen zu können. Auch auf der kognitiven Ebene wurden die bereits genannten, nur selten wirksamen Selbstappelle eingesetzt.

Die genannten Strategien waren nur geringfügig erfolgreich. Am wirksamsten war lediglich der Konsum von Alkohol. Kurzfristig waren die scheiternden Selbstkontrollversuche zumeist mit ausgeprägten negativen Selbstverbalisierungen, zum Beispiel in Form von Selbstvorwürfen verbunden. Insgesamt kam es durch die fast permanenten und wenig spezifischen Entspannungsversuche zu einer auffälligen „downregulation“ des allgemeinen Aktivierungsgrades, der sich in einem weitgehenden Vermeiden aller aktivierenden und erregenden Handlungen und zum Beispiel auch in einer ausgeprägt leisen Sprechweise äußerten. Langfristig führten diese Maßnahmen zu einer zunehmenden Minderung der Kompetenz im Umgang mit den alltäglichen sozialen Belastungs- und Problemsituationen.

## Bedingungsmodell

Psychophysiologische Störungen können gut im Rahmen eines Diathese-Streß-Modells beschrieben werden. Im vorliegenden Fall muß von einer pathologischen Veränderung der in den Basalganglien und den funktional

zugeordneten Schaltsystemen lokalisierten Neuronenverbänden ausgegangen werden, die für die Modulation der Bewegungen des Kopfes und des rechten Unterarms sowie der rechten Hand verantwortlich sind. Eine derartig selektive Störung von cerebralen Teilsystemen ist aufgrund der strengen somatotopischen Organisation der corticostriären Regelkreise typisch für Basalganglienerkrankungen. Als prädisponierender Faktor spricht einiges für die Annahme, daß das schwere Schädel-Hirn-Trauma mit anschließendem Koma die Entwicklung der Erkrankung mit bewirkt oder zumindest begünstigt hat. Zwar kann kein klarer Kausalschluß gezogen werden, doch kann dieses Ereignis zusammen mit den gravierenden Intoxikationen des Jugendalters nach dem heutigen Stand des Wissens bei Störungen dieser Art mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit als Vulnerabilitätsfaktor angesehen werden (s. Abb. 1A).

Des weiteren läßt sich feststellen, daß extrapyramidale Störungen auf bestimmte Reizklassen notwendigerweise mit einem Symptomanstieg reagieren. Es sind dies die auch in der Verhaltensanalyse genannten motorischen Anforderungssituationen, die sowohl in Form grobmotorischer körperlicher Belastungen als auch durch die Notwendigkeit längeren Stillhaltens oder bestimmter langsamer Bewegungsabfolgen realisiert sind. Auf der zweiten Stufe des Bedingungsmodells liegt also eine Verbindung zwischen unkonditionierten Stimuli (Stillhalten des Kopfes, bestimmte Bewegungsanforderungen) und einer unkonditionierten Reaktion (Tremorverstärkung beziehungsweise Auslösung der dystonen Bewegung; s. Abb. 1B) vor. Zu den unkonditionalen Stimuli gehören auch soziale Situationen, sofern sie Mittelpunktssituationen (Auftreten auf einer Gesellschaft), Umgang mit Höherstehenden (Konferenzen mit Vorgesetzten) und Kontakte zum anderen Geschlecht (Suche nach einer neuen Freundin) oder auch jede Form von Zeitdruck und Hektik beinhalten. Bei den genannten Verhaltensklassen handelt es sich um phylogenetisch bedeutsame Situationen, die in durchaus adaptiver Weise mit einem Anstieg des allgemeinen Erregungsniveaus einhergehen. Bei Basalganglienstörungen äußert sich dieses in einer unkonditionierten Symptomverstärkung.

Dieses Geschehen wird vom Patienten notwendigerweise als aversiv wahrgenommen, folglich kommt es zu einer Sensibilisierung auf die Symptomatik und die „adäquaten“ Reizklassen. Bagatellisierungsstrategien („Ist ja gar nicht so schlimm“) versagen zusehends (s. Abb. 1C) und die unkonditionierten Stimuli werden im Laufe einer zumeist sehr schnell ablaufenden Lerngeschichte als Hinweisreiz für das regelgerechte Eintreten aversiver Konsequenzen wahrgenommen. Anders ausgedrückt: Es werden diskriminative Stimuli vom Typ  $S^A$  erworben (s. Abb. 1D). Hier setzt der entscheidende Lernprozeß ein: Wenn „Gefahr“ droht, wird der natürliche Ablauf einer intendierten Handlung unterbrochen, es kommt zu einer Ori-

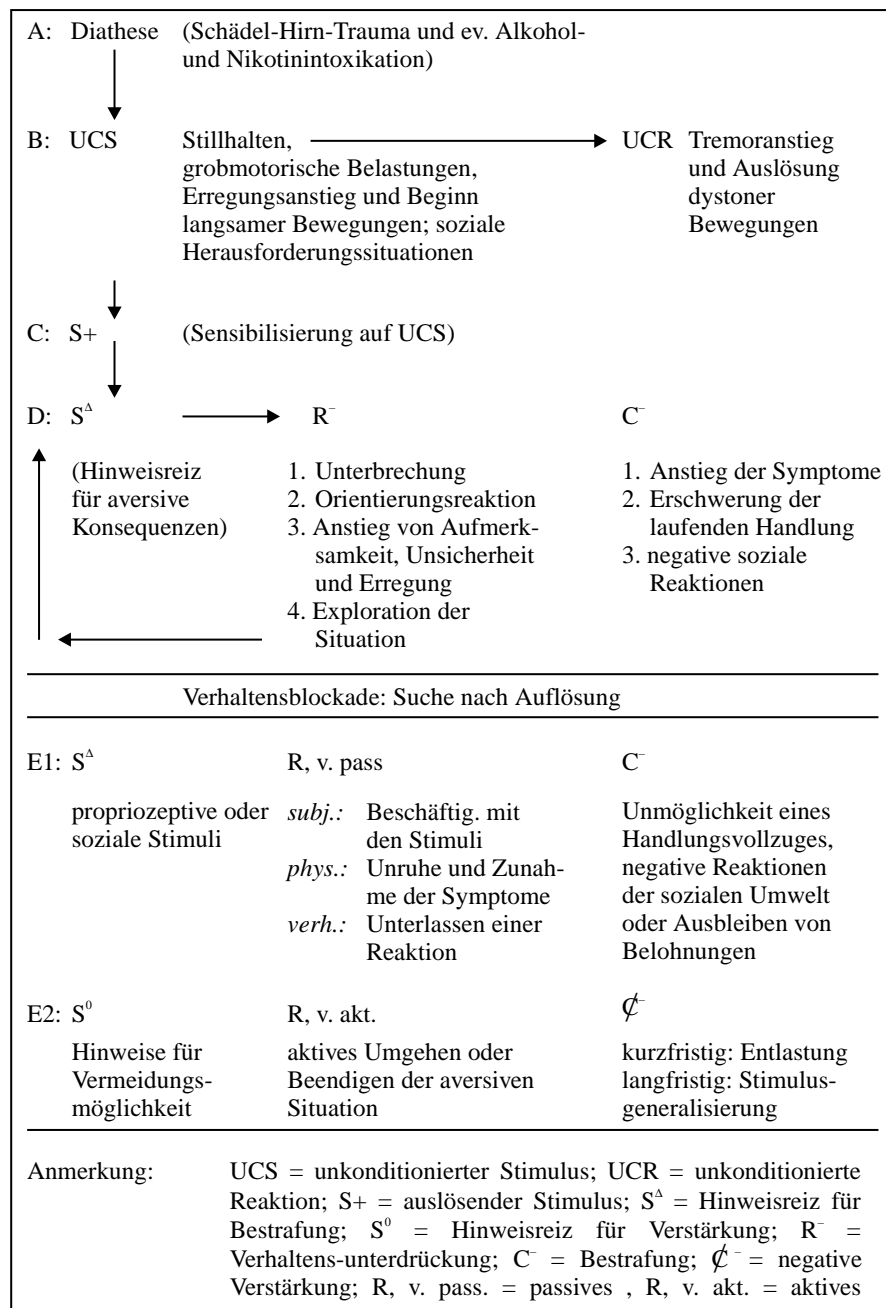


Abbildung 1: Schematische Darstellung von Entstehung und Verlauf der extrapyramidalen Störung

entierungsreaktion auf die bedrohungsassoziierten Stimuli und zu einem allgemeinen Anstieg der Aufmerksamkeit, der Unsicherheit und des Aktivierungsniveaus. Vor allem aber wird die konkrete Situation aktiv im Hinblick auf ihren Bedrohungswert exploriert. Dazu gehört ein ängstlich getöntes Abschätzen der körperlichen Symptomatik („Ist die ‚Resonanz‘ schon überschritten?“) und der bedrohungsassoziierten Situation („Werde ich die Aufgabe durchstehen?“; „Wie werden die anderen reagieren?“). Die aktive Suche nach bedrohungsassoziierten Hinweisreizen wiederum führt zu einer verstärkten Wahrnehmung von Stimuli dieser Klasse. Damit jedoch steigt das Aktivierungsniveau weiter an und mit ihm im Sinne der UCS-UCR-Abhängigkeit die Symptomintensität (s. Abb. 1B). Aufgrund des aus Symptomwahrnehmung, Aktivierungsanstieg und Symptomverstärkung bestehenden Teufelskreises treten die erwarteten Konsequenzen dann wie erwartet in Form negativer Reaktionen des sozialen Umfeldes und einer Erschwerung der intendierten Handlungen ein.

Normalerweise werden derartige Teufelskreissituationen von den betroffenen Patienten durch aktives und passives Vermeidungsverhalten aufgelöst. Passives Unterlassen erfolgt auf Hinweisreize, die „Gefahr“ ankündigen (s. Abb. 1 E1). Die Hinweisreize können propriozeptive (Spannungsgefühle, Tremorwahrnehmung) oder soziale (Mimik des Gegenübers) Stimuli sein, die als bedrohlich bewertet werden. Die negativen Konsequenzen können in der Unmöglichkeit bestehen, eine Aufgabe (z. B. Bildschirmarbeit) durchzuhalten, sich in unfreundlichen Äußerungen (z. B. „Na, zuviel getrunken?“) oder im Ausbleiben von Erfolgen niederschlagen. Der Hinweischarakter der bedrohungsassoziierten Stimulusklasse führt im Laufe der Zeit zur zunehmenden Unterdrückung derartiger Verhaltensweisen (z. B. Unterlassen eines Wortbeitrages vor einem Gremium). Dies kann sich zu allgemeiner Passivität und generalisiertem Rückzugsverhalten ausweiten.

Aktives Vermeiden erfolgt auf Hinweisreize, die eine Möglichkeit der Beendigung oder des Ausbleibens der aversiven Konsequenzen signalisieren (s. Abb. 1 E2). Dies kann zum Beispiel die Anwesenheit eines vertrauten Kollegen sein, an den aktiv die Bitte gerichtet wird, den vor dem Vorstand zu haltenden Projektvortrag zu übernehmen oder der „sichere“ Sitzplatz am Rande einer Tischgruppe, der ein schnelles Entkommen gewährleistet. Auf Grund derartiger negativer Verstärkungsmechanismen führt das Vermeidungsverhalten regelgerecht zu einer Generalisierung sowohl bestrafungs- als auch verstärkungsassoziierten diskriminativer Stimuli und damit zu einer Ausweitung der Vermeidung. Dadurch kommt es in immer zahlreicheren Situationen zu einem zunehmend schnelleren und stärkeren Symptomanstieg. Das Ergebnis ist gerade bei Patienten mit extrapyramidalen Störungen ein weitgehendes soziales Rückzugsverhalten, oft ver-



bunden mit der kompensatorischen Übernahme weniger bedrohungsassoziiierter Tätigkeiten und einem körperlichen Beschwerdebild, bei dem für den behandelnden Arzt der streßinduzierte Symptomanteil praktisch nicht mehr von der „reinen“ Störung zu trennen ist. Erschwerend kommt bei dieser Patientengruppe hinzu, daß eine Reihe von unkonditionierten Stimuli nicht zu meiden sind. Damit werden die unangenehmen Erfahrungen fortlaufend bestätigt und der psychophysiologische Symptomanteil zunehmend gefestigt. Hingewiesen werden muß noch auf den Umstand, daß der Alkoholkonsum bei vielen Tremor- und Dystonieformen über einen sehr wirksamen negativen Verstärkungsmechanismus (Reduktion der Symptomintensität) operant verstärkt wird.

## 4 Ziele und Therapieplanung

Bei der Therapie psychophysiologischer Störungen gliedert sich das Vorgehen in die Bereiche „Vermittlung eines Störungsmodells“; „körperbezogene Interventionsstrategien“ und „streßregulative Maßnahmen“.

Trotz seiner guten Kenntnis über viele Details der Erkrankung waren dem Patienten bislang Verhaltensentwicklungen im Sinne des oben genannten Diathese-Streß-Modells nicht hinreichend klar geworden. Daher stellte die Vermittlung des hypothetischen Bedingungsmodells die erste Maßnahme des Informationsteils dar. Die zweite Maßnahme bestand in konkreten videogestützten Übungen, die Informationen selbst an andere weiterzugeben. Wie sich gezeigt hat, wirkt eine solche Kompetenz unmittelbar angst- und streßlindernd, was aus dem Umstand, daß extrapyramidale Symptome immer sehr auffällig und damit für andere sichtbar sind, resultiert. Die Befürchtungen der Betroffenen, für betrunken oder geistig nicht normal gehalten zu werden, bestätigen sich leider häufig. Andererseits sehen sich die meisten Patienten nicht in der Lage, in der realen Situation, zum Beispiel auf einer Party, den Gesprächspartner so kurz und prägnant über die eigene Situation aufzuklären, daß einerseits dessen Informationsbedürfnis gestillt ist, der Patient andererseits jedoch nicht seine gesamte Krankengeschichte berichten muß. Auch werden Verweise auf „die Nerven“ oder „Lokalisationen im Hirn“ vom Laien oft als Zeichen von „Hirnschwäche“ fehlinterpretiert. Die Folge sind dann häufig von fast allen dieser Patienten eingesetzte Vermeidungsstrategien sozialer Kontakte.

So bestand das Lernziel dieses Übungsteils darin, verschiedenen vorgestellten Adressaten die Hauptsymptome in weniger als fünf einfachen Sätzen zu erklären. Bei Herrn K. wurde dies am Beispiel eines Bankkunden,

eines Vorgesetzten, der neuen Freundin eines Freundes und einer weiblichen Zufallsbekanntschaft geübt. Für jeden der Adressaten wurde das gleiche Grundmuster einer „Standarderklärung“ verwendet. Wichtig ist bei dieser Art von Übung jedoch, daß das Grundmuster genau auf eine konkrete Situation mit möglichst real vorgestellten Interaktionspartnern durchgeführt und entsprechend modifiziert wird. Im vorliegenden Fall entwickelte Herr K. am Beispiel eines Vorgesetztengesprächs Wendungen wie „das mit dem Kopfzittern (hat nichts mit Alkohol zu tun), ist einfach eine Spannungserhöhung der Muskeln, die nicht mehr richtig angesteuert werden kann. Das habe ich leider schon seit fünfzehn Jahren, und es ist nicht behandelbar. Es wird aber auch nicht schlimmer, nur nimmt es eben bei Streß überproportional zu“. In einer derartigen Erklärung sind alle für einen unbefangenen Beobachter wesentlichen Bestandteile enthalten, nämlich ein grober Verweis auf die biologische Basis mit Ausschluß von ad hoc-Erklärungen (Alkohol, „Verrücktheit“) sowie der Verweis auf die Chronizität und die psychophysiologische Abhängigkeit.

Der zweite große Therapiebereich betrifft den „körperbezogenen Übungsteil“. Wie die Verhaltensanalyse gezeigt hat, finden sich bei vielen kurzfristigen Symptomaggravationen auslösende Stimuli, die als unkonditionierte Stimuli aufgefaßt werden müssen. Das bedeutet, daß streßregulierende Maßnahmen allein nicht zu einem symptomabschwächenden Effekt führen können. Durch diesen Befund ist eine auf der Symptomebene ansetzende Maßnahme indiziert. Ziel einer solchen Intervention muß es sein, akute Aggravationen noch in der natürlichen Situation abzufangen. Dies schließt globale Entspannungstechniken aus, da sie unspezifisch wirken und ihre Effekte zu langsam einsetzen. Auch die aus der Jacobson-Relaxation abgeleitete differentielle und „cue-controlled relaxation“ ist für sich allein noch nicht wirksam, da die Entspannung zunächst eine bessere Wahrnehmung bedrohungsassoziierter Symptombestandteile ermöglicht und damit den überlernten *circulus vitiosus* aus Symptomwahrnehmung und Aggravation in Gang hält. Wirksam ist dagegen das sogenannte „habit reversal“, eine Trainingsmethode, die ursprünglich zur Behandlung von Tics entwickelt worden ist (Azrin & Nunn, 1973; Azrin & Petersen, 1988; Woods & Miltenberger, 1995).

Das habit reversal besteht aus fünf Übungsschritten, dessen wesentliche Bestandteile eine differenzierte Wahrnehmungsschulung zur rechtzeitigen Identifikation von körperlichen Frühwarnsymptomen und den kontingenten Einsatz eines symptominkompatiblen Manövers darstellen. Hierzu wird der Patient im Rahmen der sogenannten „response description procedure“ unter Zuhilfenahme der Videotechnik zur genauen verbalen Beschreibung der Teilsymptome angehalten. Dabei werden verschiedene Intensitätsstufen der Symptomatik induziert, in diesem Fall zum Beispiel

durch das Lesen eines schwierigen Fachtextes. Über die „response detection procedure“ werden unter Nutzung eines Symptomtagebuches die Häufigkeit und Frequenz von Symptomsitzen erfaßt und der entsprechenden motorischen oder sozialen Anforderungssituation zugeordnet. Dann wird ein „incompatible response“ eingeübt. Beim Kopftremor hat sich ein etwas komplizierter Bewegungsablauf bewährt, welcher aus der simultanen isometrischen Anspannung der Nackenmuskeln sowie bestimmten Kinn- und Kopfbewegungen besteht (Azrin & Petersen, 1988). Unter Videokontrolle konnte der Patient diesen Ablauf relativ schnell lernen. Ziel ist es, das Bewegungsmuster in einer *circulus vitiosus*-Situation so rechtzeitig einzusetzen, daß eine aufregungsbedingte Symptomverschlechterung abgefangen werden kann. Im Generalisierungstraining wird die Technik der Symptomblockade dann in verschiedenen Alltagssituationen praktisch geübt und der Erfolg protokolliert.

Nachdem die ersten beiden Therapieziele erreicht worden waren, wurden als Drittes die „streßregulativen Maßnahmen“ eingeführt. Sie stellen in gewisser Weise eine Zusammenfassung aller Einzeltechniken dar, da die neu erworbenen Kompetenzen des ersten und zweiten Therapiebereiches in die üblichen Streßbewältigungstechniken integriert werden. Zunächst zeigte die Verhaltensanalyse, daß die kritischen sozialen Situationen mit ausgeprägten Befürchtungen über möglicherweise eintretende soziale Bestrafungen, verbunden mit dysfunktionalen Selbstappellen, einhergehen. Hier sind diskriminative Stimuli für die Auslösung von Symptomaggravationen verantwortlich. Die Stimuli äußern sich in Form von Erwartungen über negative Konsequenzen, die dann zumeist auch eintreten ( $S^A$ -Klasse) oder in Form von antizipierter Erleichterung bei Ausübung aktiven Vermeidungsverhaltens ( $S^D$ -Klasse). Damit sind zwei Maßnahmen indiziert, nämlich die Entwicklung alternativer, funktionaler Situationsinterpretationen und die Einübung aktiver Verhaltensweisen, nämlich das „Vermeiden zu vermeiden“. Hierzu wurde im Rahmen einer Mikroanalyse konkreter Situationen ähnlich wie beim habit reversal geübt, nun auf der gedanklichen Ebene die kognitiven Frühwarnsignale zu identifizieren. Dies erfolgte wiederum unter Zuhilfenahme eines Protokolls, in dem unmittelbar retrospektiv die Situation und die sie begleitenden negativen Gedanken erfaßt wurden. Nachdem die Gedankenstopptechnik eingeübt worden ist, wurde anhand der Aufzeichnungen das Entwickeln positiver Alternativen geübt und im Beobachtungsbogen zusammen mit dem positiven Zielverhalten und den beobachteten positiven Konsequenzen protokolliert. Besonders wichtig ist es in dem Zusammenhang, die Patienten hinsichtlich der diskreten positiven Auswirkungen ihres Alternativverhaltens zu sensibilisieren. Durch die jahrelange Fokussierung auf die Symptome und ihre negativen Konsequenzen ist die Wahrnehmungsfähigkeit für externe posi-

tive Verstärker oder auch die Fähigkeit der Generierung interner, kognitiver Selbstbelohnungen stark eingeschränkt.

Ein Beispiel für eine positive Selbstverbalisation ist der Ersatz des Gedankens „alle schon anwesenden Gäste sehen nur auf mich und meinen Tremor und wollen sehen, wie der ehemalige Freund der Gastgeberin heute aussieht“ durch die weniger dysfunktionale Verbalisierung „Aufregung ist in solchen Fällen völlig normal; bei den meisten Menschen schlägt in diesen Situationen das Herz schneller oder sie erröten“ – außerdem: „Wie abhängig will ich mich eigentlich von dem Urteil anderer machen?“. Eine solche Neubewertung einer typischen Streßsituation wurde vom Patienten selbst entwickelt und protokolliert. Im Verlauf der Therapie wurde gezielt nach ähnlichen Situationen gesucht, ihre aktive Durchführung geplant, vom Patienten ausprobiert und das Ergebnis im Protokoll festgehalten.

Als letztes wurde der integrative Einsatz der gelernten Strategien geübt. Ziel war es jetzt, auf den Gedankenstopp zunächst das symptominkompatible Manöver (s. „habit reversal-Technik“) folgen zu lassen, unmittelbar im Anschluß die kritische Situation in funktionaler Weise neu zu bewerten und gegebenenfalls aktiv Ablenkungsstrategien einzusetzen. Dies ist bei extrapyramidalen Erkrankungen deshalb erforderlich, da es sich bei den Symptomaggravationen vielfach – zumindest bis zu einem bestimmten

Tabelle 1: Therapieziele einer extrapyramidalen Störung

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erkennen und Klassifizieren der persönlichen Risikosituationen.</li> <li>2. Erkennen der körperlichen Frühwarnsignale für Symptomaggravationen.</li> <li>3. Erkennen dysfunktionaler Kognitionen als Vorläufer von Symptomaggravationen.</li> <li>4. Einsatz der Gedankenstopptechnik zur frühzeitigen Unterbindung von circulus vitiosus-Reaktionen.</li> <li>5. Kontingent auf (4.) einsetzende „habit reversal-Technik“ zur kurzfristigen Blockade der Symptomaggravation auf der motorischen Ebene.</li> <li>6. Kontingent auf (4.) einsetzende Neubewertungen zur Unterbindung der Symptomaggravation auf der kognitiven Ebene.</li> <li>7. Kontingent auf (4.) einsetzendes aktives Verhalten (z. B. direktes Ansprechen der Symptome, Aufnahme eines Kontaktes, Halten eines Vortrages) zur Unterbindung vermeidungsbedingter Symptomaggravationen auf der Verhaltensebene („Vermeidung des Vermeidens“).</li> <li>8. Kontingent auf (4.) einsetzende Aktivierung von Ablenkungsstrategien zur Umlenkung der Aufmerksamkeit von der Symptomaggravation auf relevante Umfeldbedingungen.</li> <li>9. Sammlung erfolgreicher Veränderungen (z. B. Reduktion des Alkoholkonsums; besondere, bisher gemiedene Aktivitäten) und positiver Konfluenzen.</li> </ol> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ausmaß – um eine unkonditionierte, in der Pathophysiologie der Erkrankung begründete Reaktion handelt, die durch mehrfache Exposition an die kritische Situation nicht habituieren kann. Deshalb ist es notwendig, die Aufmerksamkeit von der Wahrnehmung symptomsteigernder propriozeptiver Stimuli auf relevante Umgebungsbedingungen zu lenken. Dieses muß situationsspezifisch durch die Einübung konkreter Aufgaben geübt werden. Zum Beispiel kann sich der Betroffene bemühen, auf einer Party bei seinem Gegenüber die Übereinstimmung von Gesichtsausdruck und Gesprächsinhalt einzuschätzen. An der Supermarktkasse kann überlegt werden, wer in der Warteschlange wohl wieviel Geld ausgibt und auf welche Art und Weise bezahlt wird. Bei konzentrativen Arbeiten und bei der Bildschirmarbeit zum Beispiel wurde bei Aggravationszuständen die Buchstaben oder Wörter des nächsten Absatzes gezählt, bei nächtlichen Autofahrten Kilometer und Nummernschildangaben. Gemeinsam ist allen Ablenkungsstrategien, daß sie die Aufmerksamkeit von den „S<sup>Δ</sup>“-Stimuli weglenken, den Betroffenen jedoch trotzdem gedanklich im Bereich der momentanen Beschäftigung belassen. In Tabelle 1 sind die Therapieziele zusammengefaßt.

## Therapieverlauf

Die Therapie umfaßte zusammen mit dem Erstgespräch 23 auf acht Monate verteilte Therapiesitzungen. Das Erstgespräch, drei verhaltensdiagnostische Sitzungen mit ausführlicher Mehrebenen diagnostik und drei Stunden Einübung in unterschiedliche Methoden der Kurzentspannung wurden zweimal wöchentlich abgehalten. Die habit reversal- und Gedankenstopp-technik erfolgten in fünf, wöchentlich gestaffelten Sitzungen. Für die Generalisierungsübungen auf Alltagssituationen und die streßregulierenden Maßnahmen wurden acht Sitzungen im ein- bis zweiwöchigem Abstand abgehalten. Die letzten drei Sitzungen dienten der Evaluation der unterschiedlichen Therapiebestandteile und der Rückfallprophylaxe.

Erworben wurde zunächst die Fähigkeit, Risikosituationen nach ihrer Beeinflußbarkeit zu unterscheiden. So war die Situation am Bildschirm kaum nachhaltig zu bessern, so daß mit dem Patienten in den letzten Stunden ausführlich die Möglichkeit eines Berufs- oder Arbeitsplatzwechsels besprochen wurde. In ähnlicher Weise wurden Phasen großer Erschöpfung oder erheblicher Schlafdeprivation als Belastungssituationen gewertet, die in bezug auf eine Symptomaggravation unvermeidlich sind. „Schlechte Tage“ wurden folglich nicht mehr internal im Sinne mangelnder Kompetenz im Umgang mit einem Handicap attribuiert. In Ruhesituationen, in denen der Kopf flach auf einer Unterlage liegt, wurde unter Zuhilfenahme

weicher Decken und ähnlicher Maßnahmen das Ausmaß propriozeptiven Feedbacks reduziert und dadurch eine leichte Besserung der situationsspezifischen Symptomatik erzielt.

Ein wichtiges Therapieziel wurde durch die fast vollständige Reduktion des Alkoholkonsums erreicht. Gerade Patienten mit extrapyramidalen Symptomen sind wegen des negativen Verstärkungsprozesses latent abhängigkeitsgefährdet. Ansonsten traten keine Vermeidungen sozialer Interaktionen mehr auf, in kritischen Beobachtungs- und Mittelpunktssituationen wurden die Symptome durch die gelernten situationsangepaßten Standardformulierungen erläutert. Die Gedankenstopptechnik wurde in den als risikoreich identifizierten Situationen inzwischen automatisch eingesetzt und die *circulus vitiosus*-Situation rechtzeitig abgefangen. Dafür wurde fast ständig die im Rahmen des *habit reversal*-Paradigmas gelernte tremorblockierende Bewegungsabfolge bei gleichzeitiger Unterlassung der kompensatorischen Schiefstellung der Halsmuskulatur eingesetzt.

## 5 Resümee

Der vorliegende Fall zeigt, daß Patienten mit extrapyramidalen Störungen dann in hohem Maße von einer therapeutischen Maßnahme profitieren können, wenn diese auf die Besonderheiten der Bewegungsstörungen und die damit verbundenen spezifischen Alltagsprobleme abgestimmt ist. Die insgesamt 23stündige Therapiedauer stellt bei Psychophysiologischen Störungen sicherlich einen realistischen Zeitbedarf dar. Die zeitliche Staffelung ergab sich im vorliegenden Fall aus den örtlichen Bedingungen. Wie die Erfahrungen mit Parkinsonpatienten jedoch zeigen, kann die Behandlungsdauer durch ein Gruppensetting noch deutlich verkürzt werden (Lepow et al., 1994). Grundsätzliches Ziel jeder dieser Interventionen ist die Aufhebung des selbst wieder symptomaggravierend wirkenden dysfunktionalen Krankheitsverhaltens. Nicht behandelt werden kann die „Störung an sich“ denn die biologische Basis extrapyramidaler Erkrankungen ist mit psychologischen Maßnahmen natürlich nicht beeinflussbar. Da es jedoch zu den Besonderheiten dieser Störungsgruppe gehört, daß die klinischen Erscheinungsbilder stark mit den unterschiedlichsten physikalischen, sozialen und emotionalen Bedingungsfaktoren kovariieren, ergeben sich wichtige, an diesen Faktoren ansetzende verhaltenstherapeutische Interventionsansätze. Bewährt hat sich dafür neben einem gezielten Training der Kompetenz, das in der Therapie erworbene Wissen selbst weiterzugeben, symptominkompatible Manöver einzuüben und der Wiederaufbau streßresistenten Verhaltens in erkrankungsspezifischen Problemsituationen.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Azrin, N.H. & Nunn, R.G. (1973). Habit reversal: A method of elimination of nervous habits and tics. *Behavior Research and Therapy*, 11, 619–628.
- Azrin, N.H. & Petersen A.L. (1988). Habit reversal for the treatment of Tourette Syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 347–351.
- Ceballos-Baumann, A.O. (1996). Dystorien. In B. Conrad & A.O. Ceballos-Baumann (Hrsg.), *Bewegungsstörungen in der Neurologie* (S. 89–140). Stuttgart: Thieme.
- Comer, R.J. (1995). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (1996). *Klinische Psychologie* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz/PVU.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1993). *International Classification of Diseases (ICD-10)*. Bern: Huber.
- Fahn, St. (1988). Concept and Classification of Dystonia. In St. Fahn (Ed.), *Advances in neurology, Vol. 50: Dystonia 2*. New York: Raven Press.
- Hedreen, J.C., Zweig, R.M., DeLong, M.R., Whitehouse, P.J. & Price, D.L. (1988). Primary Dystonias: A Review of the Pathology and Suggestions for New Directions of Study. In St. Fahn (Ed.), *Advances in neurology, Vol. 50: Dystonia 2*. New York: Raven Press.
- Leplow, B., Bainberger, D., Möbius, T. & Ferstl, R. (1993). Verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme beim Morbus Parkinson. *Therapiewoche Neurologie & Psychiatrie*, 7, 59–68.
- Leplow, B., Möbius, T., Bamberger, D. & Ferstl, R. (1994). Kurzzeiteffekte verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme auf die körperlich und psychische Symptomatik von Parkinsonpatienten. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 15, 99–125.
- Leplow, B. & Lamparter, U. (1994). Torticollis Spasmodicus. In St. Ahrens, U. Hasenbring, H. Streng & U. Schultz-Venrath (Hrsg.), *Psychosomatik in der Neurologie*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Marsden, C.D. & Quinn, N.P. (1991). The dystonias. *British Medical Journal*, 300, 139–144.
- Schneider, S., Feifel, E., Ott, O. Schumacher, M., Lücking, C.H. & Deuschl, G. (1994). Prolonged MRI T<sub>2</sub> times of the lentiform nucleus in idiopathic spasmodic torticollis. *Neurology*, 44, 846–850.
- Wilson, G.T., O’Leary, K.D. & Nathan, P. (1992). *Abnormal Psychology*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Woods, D.W. & Miltenberger, R.G. (1995). Habit reversal: A review of applications and variations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 123–131.

## Kapitel 20

# Schizophrenie

Josef Bailer, Irmgard Thurm-Mussgay und Eibe-Rudolf Rey,  
Mannheim

## Einleitung

Die „Schizophrenie“ als homogenes Krankheitsbild mit einem eindeutig vorhersagbaren Krankheitsverlauf gibt es nicht. Schon Eugen Bleuler (1911), der den Begriff „Schizophrenie“ eingeführt hat, sprach nicht von einer Krankheit, sondern von der „Gruppe der Schizophrenien“. Entsprechend heterogen sind auch das klinische Erscheinungsbild, der Krankheitsverlauf und das Krankheitsendstadium der schizophrenen Störungen.

Das **akute** Krankheitsstadium ist gekennzeichnet durch mannigfaltige Störungen im Bereich der Wahrnehmung, des Denkens, des Verhaltens, des Willens, des emotionalen Erlebens, des Ichbewußtseins und der Beziehung zur Umwelt (siehe DSM-IV, APA 1994; ICD-10, Dilling, Mombour & Schmidt, 1991; Tölle & Huber, 1988). Die charakteristischen Symptome der Schizophrenie sind:

**Inhaltliche Denkstörungen**, insbesondere Wahnvorstellungen wie z. B. der relativ häufige *Verfolgungswahn* (d. h. der Betroffene glaubt, daß andere ihm nachspionieren, ihm Schaden zufügen wollen) oder der Beziehungswahn (d. h. Ereignisse, Gegenstände oder Personen erhalten eine besondere, meist bedrohliche Bedeutung). Bizarre Wahnvorstellungen, körperbezogener Wahn, Größenwahn, religiöser oder nihilistischer Wahn werden dagegen deutlich seltener beobachtet.

Weitere Wahnphänomene, die im engeren Sinne zu den Ich-Störungen zählen, sind das Gefühl der *Gedankenausbreitung* (d. h. die Überzeugung, daß andere die Gedanken des Betroffenen hören können), des *Gedankenentzugs* (Gefühl, die eigenen Gedanken werden entzogen), der *Gedankeneingebung* (d. h. fremde Gedanken werden dem Betroffenen eingegeben) so-



wie der *Kontroll-* und *Beeinflussungswahn* (d. h. der Betroffene fühlt sich in seinem Denken, Fühlen oder Handeln von einer fremden Macht kontrolliert oder beeinflusst).

**Formale Denkstörungen**, diese beziehen sich sowohl auf den formalen Denkablauf als auch die Sprachäußerungen. Am häufigsten ist die Lockerung der Assoziationen zu beobachten, d. h. die Gedanken springen von einem Gegenstand zum anderen, was sich sprachlich in einer deutlichen Zerfahrenheit ausdrücken kann. Die Sprache kann auch übermäßig vage, übermäßig abstrakt oder übermäßig konkret sein oder häufige Wiederholungen oder Stereotypen enthalten. Weitere Auffälligkeiten sind Wortneubildungen, die der Sprachkonvention nicht entsprechen (sog. Neologismen), die sinnlose Wiederholung von Worten (sog. Perseverationen) oder der plötzliche Abbruch eines sonst flüssigen Gedankengangs ohne erkennbaren Grund (sog. Sperrungen).

**Wahrnehmungsstörungen**, hierzu zählen v. a. die verschiedenartigen *Halluzinationen*. Am häufigsten sind akustische Halluzinationen, wie das Hören von kommentierenden oder befehlenden Stimmen. Selten sind nichtverbale akustische Halluzinationen, die nur aus Geräuschen oder einem unverständlichen Murmeln bestehen, sogenannte Akoasmen. Die Halluzinationen können aber auch alle anderen Sinnesmodalitäten betreffen. Weitere Wahrnehmungsstörungen sind akustische, visuelle, olfaktorische, gustatorische oder taktile *Überempfindlichkeit*; *illusionäre Verkennungen* und Leibgefühlsstörungen (Coenästesien).

**Affektstörungen**, diese äußern sich häufig in einem *flachen* oder *inadäquaten* Affekt. Der verflachte Affekt ist gekennzeichnet durch reduzierten oder fehlenden verbalen und nonverbalen Gefühlsausdruck. Die Patienten berichten häufig, daß sie keine Gefühle mehr erleben können. Diese Unfähigkeit, Lust, Freude, Glück oder Befriedigung zu erleben, wird auch als „Anhedonie“ bezeichnet (vgl. Rado, 1956; Cohen, 1989). Beim inadäquaten Affekt stehen die geäußerten Gefühle in krassem Widerspruch zum Sprachinhalt.

**Psychomotorische Störungen**, die sich entweder als *Erregungszustand* oder aber in Form von *Haltungsstereotypen* bis hin zur vollständigen *Bewegungslosigkeit* (sog. katatoner Stupor) oder *wächserner Biegsamkeit* (sog. *flexibilitas cerea*) äußern können.

**Störungen des Ichbewußtseins**, hierzu zählen Störungen des Einheits-Erlebens im Augenblick; der Identität im Zeitverlauf; der Ich-Umwelt-Grenze und der Ich-Haftigkeit aller Erlebnisse. So kann die Umgebung dem Kranken unwirklich, fremdartig oder räumlich verändert erscheinen (sog. Derealisation). Oder er kann sich selbst unwirklich, verändert, fremd oder

uneinheitlich wahrnehmen (sog. Depersonalisation). Aber auch spezielle Wahninhalte, wie Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Gedankeneinbeugung und andere Fremdbeeinflussungserlebnisse zählen zu den Ich-Störungen.

Der akuten Krankheitsphase geht meistens eine sog. **Prodromalphase** voraus, die gekennzeichnet ist durch eher uncharakteristische leichte psychische Auffälligkeiten, Nachlassen der allgemeinen und intellektuellen Leistungsfähigkeit, Kontaktstörungen, Interessenverlust und depressive Verstimmungen. In Abhängigkeit von der Dauer der ersten Prodromalphase spricht man von einem akuten, subakuten oder schleichenden **Krankheitsbeginn**.

Nach Ablauf der ersten akuten Krankheitsepisode kann sich der weitere Krankheitsverlauf sehr unterschiedlich entwickeln. Viele Schizophrene zeigen nach Abklingen der produktiven Symptomatik eine **Residualphase** mit Restsymptomatik, die durch sogenannte *Negativ-* oder *Minussymptome* wie sozialer Rückzug, Affektverflachung oder Affektstarrheit, Aufmerksamkeitsstörungen, Antriebsarmut, mangelnde Körperpflege und Ordnung, Interessenverlust und sprachliche Verarmung gekennzeichnet ist.

Aufgrund der Ergebnisse neuerer Langzeitkatamnese-Studien mit einer Katamnesedauer bis zu 37 Jahren kann davon ausgegangen werden, daß es bei etwa einem Drittel der Ersterkrankten zu einer vollständigen Remission kommt, ein Drittel erlebt wiederholte Krankheitsepisoden, bleibt jedoch sozial weitgehend angepaßt, während nur das letzte Drittel einen chronischen Verlauf mit überdauernden Behinderungen zeigen wird (Bleuler, 1972; Ciompi & Müller, 1976; Huber et al., 1979; Harding et al., 1987; Tsuang et al., 1979). Die Lebenszeitprävalenz für Schizophrenie liegt bei ca. 1 % (Häfner, 1989). Männer und Frauen erkranken etwa gleich häufig, Männer im Mittel jedoch früher, zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr, Frauen zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr (Riecher et al., 1990). In den letzten Jahren wurden eine ganze Reihe von Prädiktoren identifiziert, die einen substantiellen Prognosewert für den Krankheitsverlauf und -ausgang haben, wie z. B. die prämorbidie Anpassung (Bailer et al., 1996), soziodemographische und psychopathologische Merkmale, Mangel an sozialer Unterstützung, kritische Lebensereignisse und emotional belastendes Familienklima (vgl. Rey & Thurm, 1998). Unsere Arbeitsgruppe beschäftigt sich seit einigen Jahren intensiv mit dieser Thematik. Im Rahmen einer prospektiven Verlaufsstudie gehen wir u. a. der Frage nach, welchen Einfluß personale, soziale und krankheitsbedingte Faktoren auf den Verlauf schizophrener Erkrankungen haben (Rey & Bailer, 1996; Bailer et al., 1996 a,b,c,d). Die für die nachfolgende Fallbeschreibung ausgewählte Pa-

tientin, Frau S., hat an dieser fünfjährigen Verlaufsuntersuchung teilgenommen.

### *Biographische Angaben*

Frau S. ist 33 Jahre alt, verheiratet, Mutter von 2 Kindern, als sie erstmals wegen einer schizophrenen Episode in stationäre psychiatrische Behandlung kommt.

In der Kinder- und Jugendzeit hatte sie nach eigenen Angaben keine außergewöhnlichen psychischen Belastungen erlebt. Nach dem Hauptschulabschluß hatte sie eine Lehre als Einzelhandelsverkäuferin absolviert. Ihre Berufstätigkeit hatte sie kurz nach der Heirat aufgegeben, seitdem ist sie Hausfrau und Mutter. Die langjährige Ehe von Frau S. ist trotz gelegentlicher Konflikte stabil. Der Ehemann ist ungelernter Arbeiter, wechselt häufig seine Arbeitsstellen und ist zum Zeitpunkt der Ersthospitalisierung seiner Frau arbeitslos.

Frau S. lebt in sehr beengten Wohnverhältnissen. Sie bewohnt mit ihrer vierköpfigen Familie eine kleine 3-Zimmerwohnung in einem industriellen Ballungszentrum. Infolge von Ratenkäufen und der Aufnahme eines größeren Bankkredits hat sich die Familie in den letzten Jahren stark verschuldet. Mit der Erziehung der Kinder und der Haushaltsführung ist Frau S. objektiv überfordert. Sie lebt sozial zurückgezogen, auch mit dem Ehemann geht sie kaum aus dem Haus. Außerhalb der Familie besteht Kontakt nur zur Mutter und einer Nachbarin.

Psychiatrische Krankheiten kamen in ihrer Familie bisher nicht vor, sie selbst war bislang noch nie in nervenärztlicher Behandlung.

## **1 Beschreibung der Störung und Verlauf der Erkrankung**

Mitarbeiter unserer Arbeitsgruppe haben Frau S. im Verlauf von fünf Jahren insgesamt sechsmal ausführlich zu ihrer Krankheit und zur psychosozialen Situation befragt. Die Daten der klinischen Interviews und Rating-skalen bilden zusammen mit der sorgfältig geführten Krankenakte die Grundlage für die nachfolgende Beschreibung der Störung.

## Erster Klinikaufenthalt

Die erste stationäre psychiatrische Behandlung von Frau S. fand nicht in unserer Klinik, sondern in einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus statt. Frau S. fühlte sich vor der stationären Aufnahme seit ca. zwei Wochen von ihrer Nachbarin beobachtet. Sie hörte Stimmen, die ihre Wohnungseinrichtung beschrieben, sie aber auch beschimpften, sie würde ihre Wohnung als „Saustall“ verkommen lassen. Frau S. war überzeugt, daß unter dem Fußboden ihrer Wohnung Sender und auf dem Dachboden Empfänger installiert seien. Später hörte sie die Stimmen auch außerhalb der Wohnung, so z. B. bei der Mutter oder im Auto. Sie hatte schließlich Bekannte gebeten, nach den Sendern und Empfängern zu suchen, diese hätten jedoch nichts gefunden, weil die Geräte sicher versteckt seien. Frau S. fühlte sich durch diese Vorgänge sehr beunruhigt, konnte nachts nicht mehr schlafen, auch nicht mehr essen. Als sie schließlich keine Luft mehr bekam, rief sie den Notarzt, der sie wegen Hyperventilationstetanie zunächst in ein Allgemeinkrankenhaus einwies, in dem ein psychiatrisches Konsil angefordert wurde; die Patientin wurde schließlich in das Psychiatrische Landeskrankenhaus verlegt.

Unter niedrig dosierter Medikation mit Haldol besserte sich die Symptomatik von Frau S. rasch. Sie hörte keine Stimmen mehr, konnte sich jedoch von ihren paranoiden Ideen nicht vollständig distanzieren. Nach zweiwöchiger Behandlung wurde Frau S. nach Hause entlassen.

## Zweiter Klinikaufenthalt

Im Übergang erfolgt zunächst eine ambulante nervenärztliche Weiterbehandlung mit einem Depotneuroleptikum (Haldol), die von Frau S. jedoch schon bald abgebrochen wurde. Kurze Zeit nach dem eigenständigen Absetzen des Neuroleptikums erlitt sie einen ersten psychotischen Rückfall, so daß bereits sechs Monate nach der Entlassung aus der ersten stationären Behandlung die zweite stationäre Behandlung erfolgte, diesmal in der Psychiatrischen Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Unsere Forschungsgruppe nahm wenige Tage nach der Aufnahme Kontakt mit Frau S. auf, die sich bereit erklärte, an unserem Forschungsprojekt teilzunehmen.

Der psychopathologische Aufnahmebefund stellte sich wie folgt dar: Frau S. hatte seit circa 2 Wochen Angst, allein in der Wohnung zu bleiben, sie fühlte sich von der Nachbarin in der Nebenwohnung bespitzelt, verfolgt und bedroht. Nachdem sie die Angst nicht mehr aushalten konnte, flüchtete

sie in die Wohnung ihrer Mutter. Der Ehemann motivierte sie schließlich zur Behandlung in unserer Klinik.

Beim Aufnahmegespräch war der formale Gedankengang von Frau S. geordnet, sie war zur eigenen Person, Ort und Zeit voll orientiert, bewußtseinsklar, die mnestischen Funktionen waren nicht eingeschränkt, es bestanden nur leichte Konzentrationsstörungen. Auffallend waren ihre sehr schlechten (kariösen) Zähne und ein hilflos ängstlicher Gesichtsausdruck. Affektiv wirkte sie leicht depressiv und etwas verflacht. Die produktive Symptomatik bestand wie bei der ersten Aufnahme darin, daß sie kommentierende Stimmen hörte sowie in paranoiden Denkinhalten (Gefühl beobachtet, abgehört, verfolgt und bedroht zu werden). In den letzten Wochen hatte der Alkoholkonsum von Frau S. zugenommen, regelmäßig hatte sie 5–6 Dosen Bier täglich getrunken. Seit einer Woche litt sie unter Durchfällen, reduziertem Appetit und Gewichtsverlust. Eine Eigen- oder Fremdgefährdung lag nicht vor.

Nach vierwöchiger stationärer Behandlung wurde Frau S. – eingestellt auf ein Depot-Neuroleptikum (Dapotum D 0,5 mg, 14tägige i. m. Injektionen) – in die ambulante nervenärztliche Behandlung entlassen. Die zuletzt durchgeführten Belastungsurlaube über Nacht nach Hause verliefen komplikationslos, eine floride psychotische Symptomatik konnte nicht mehr festgestellt werden.

### Dritter Klinikaufenthalt

Elf Monate später erfolgte die dritte stationäre Behandlung wegen einer erneuten akuten Exazerbation der bekannten paranoid-halluzinatorischen Symptomatik.

Nach dem letzten stationären Klinikaufenthalt hatte Frau S. sich noch etwa ein halbes Jahr sehr wohl gefühlt, seit 3–4 Monaten litt sie jedoch wieder unter massiven Verfolgungsängsten und fühlte sich abermals durch die Nachbarn in der darunterliegenden Wohnung beobachtet und bedroht. Sie hörte dialogisierende und kommentierende Stimmen, die sie der Nachbarin, deren Mann und deren Tochter zuschrieb. Die Stimmen sagten z. B.: „Sie ist keine Frau mehr, vernachlässigt ihren Haushalt, ist eine Alkoholikerin.“ Sie war fest davon überzeugt, durch eingebaute Kameras beobachtet zu werden. Aus Angst vor Beobachtung hatte sie Ritzen in ihrer Wohnung, durch die man schauen könnte, mit Zeitungspapier verstopft. Die Verfolgungsängste mündeten schließlich in Gedanken, sich Munition für eine Pistole zu kaufen, die sie zu Hause hatte, und die Nachbarin, deren Tochter und Ehemann anzuschießen. Trotz vorhandenem sexuellen Inter-

esse hatte sie zuletzt, aus der Angst heraus beobachtet zu werden, sämtliche sexuellen Aktivitäten unterbunden. Seit 3–4 Monaten schickte sie immer die Kinder zum Einkaufen, weil sie sich nicht aus der Wohnung traute, aus Angst, die Nachbarin würde über sie reden. In den letzten Wochen waren die Stimmen, die sie hörte, selbst dann nicht mehr weggegangen, wenn sie das Radio lauter gedreht hatte.

Im Aufnahmegespräch wirkte Frau S. vorgealtert, nachlässig gekleidet, ungepflegt. Sie weinte häufig während der Exploration. Der Kontakt konnte von ihr gehalten werden, die Sprache war sehr einfach, es gab keine Antwortlatenz. Es lagen weder Bewußtseins- oder Orientierungsstörungen noch mnestiche Störungen vor, das formale Denken war geordnet, inhaltlich dominierten Beziehungs- und Verfolgungsideen. Ferner bestanden akustische Halluzinationen im Sinne kommentierender und dialogisierender Stimmen. Die affektive Schwingungsfähigkeit war leicht eingeschränkt, sie wirkte selbstunsicher, ängstlich, verzweifelt. Der Antrieb war vermindert, Krankheitseinsicht bestand nicht, Frau S. war jedoch Behandlungswillig. Es bestand weiterhin ein Alkoholabusus, die Patientin trank regelmäßig bis zu 8 Flaschen Bier täglich.

Im Verlauf der stationären Behandlung kam es rasch zu einer Remission der produktiven Symptomatik. Frau S. wurde nach sechs Wochen wieder in die nervenärztliche ambulante Weiterbehandlung entlassen.

#### Vierter Klinikaufenthalt

Nach 23 Monaten erfolgte die vierte und bislang letzte stationäre Behandlung wegen einer erneuten Exazerbation der bekannten paranoid-halluzinatorischen Symptomatik. Frau S. fühlte sich seit mehreren Monaten vor der Aufnahme erneut von Nachbarn beobachtet und bedroht. Sie hörte auch wieder Stimmen, die sie abwerteten und beschimpften. Bei der vierten Klinikaufnahme zeigte Frau S. zudem eindeutig das Bild eines alkoholischen Prädelirs mit vegetativen Stigmatisierungen (Tachykardien, Hyperhydrosis, Fingerspreiztremor). Die körperliche Untersuchung ergab Zeichen einer alkoholtoxischen Hepatopathie sowie Hinweise auf eine beginnende alkoholtoxische Polyneuropathie. Die Stimmen, die Frau S. hörte, beschimpften sie u. a. wegen ihres Alkoholmißbrauchs. Dabei trinke sie doch nur, da sie sich dann weniger verfolgt fühle, und auch die Stimmen erträglicher seien. Ihr täglicher Alkoholkonsum lag nun schon bei circa zehn Flaschen Bier.

Am Ende der dritten Behandlungswoche wurde Frau S. auf eigenen Wunsch aus der stationären Behandlung entlassen. Der behandelnde

Psychiater stellte abschließend fest, daß es Frau S. sowohl an der notwendigen Medikamentencompliance als auch an einer erforderlichen Veränderungsmotivation bzgl. des Alkoholkonsums ermangelte. Hinweise für das Vorliegen eines Entzugsdelirs fanden sich nicht. Bei der Entlassung waren die produktiven Symptome weitgehend remittiert. An dem weinerlichen, selbstunsicheren Affekt hatte sich jedoch nichts geändert. Ebenso blieben die Auffassungs- und Konzentrationsstörungen weitgehend unbeeinflusst. Vermutlich handelte es sich bei dieser Restsymptomatik eher um einen schizophrenen Residualzustand als um den Beginn einer alkoholtoxischen Demenz.

Nach diesem bislang letzten Klinikaufenthalt verbesserte sich die Compliance der Patienten jedoch erheblich. Die nun konsequent durchgeführte ambulante Behandlung mit Depotneuroleptika hatte zur Folge, daß sich die Produktiv- und Negativsymptomatik deutlich verbesserte und ein erneuter Klinikaufenthalt in den letzten zwei Jahren nicht mehr notwendig wurde.

## Ergänzende Angaben zur Symptomatik und Verlauf

Die bisher geschilderte Symptomatik ist der Krankenakte entnommen und charakterisiert das Krankheitsbild in seinem akuten Stadium. Die klinischen Daten, die wir bei der Indexaufnahme (t0) und den späteren Katamnesen (6 (t1), 12 (t2), 24 (t3), 36 (t4), 60 (t5) Monate nach der Indexaufnahme) erhoben haben, liefern dagegen wichtige Informationen zum Verlauf der Erkrankung. Eine phänomenologisch umfassende Beschreibung des aktuellen Zustandes und des Verlaufs einer schizophrenen Störung sollte folgende drei Ebenen berücksichtigen: Positivsymptomatik, Negativsymptomatik und soziale Behinderung (vgl. Strauss et al., 1974).

### *Positivsymptomatik*

Zu jedem Katamnesezeitpunkt wurde die produktive Symptomatik mit einem standardisierten psychiatrischen Interview, dem „Present State Examination“ (PSE) von Wing, Cooper und Sartorius (1973) erhoben. Da sich das PSE aber immer nur auf die Symptomatik des vorangegangenen Monats bezieht, wurde die Symptomatik, die zwischen den einzelnen Katamnesezeitpunkten vorhanden war, retrospektiv mit einem modifizierten Erhebungsinstrument der WHO, der „Follow-up History and Sociodemographic Description Schedule“ (FU-HSD), erfragt.

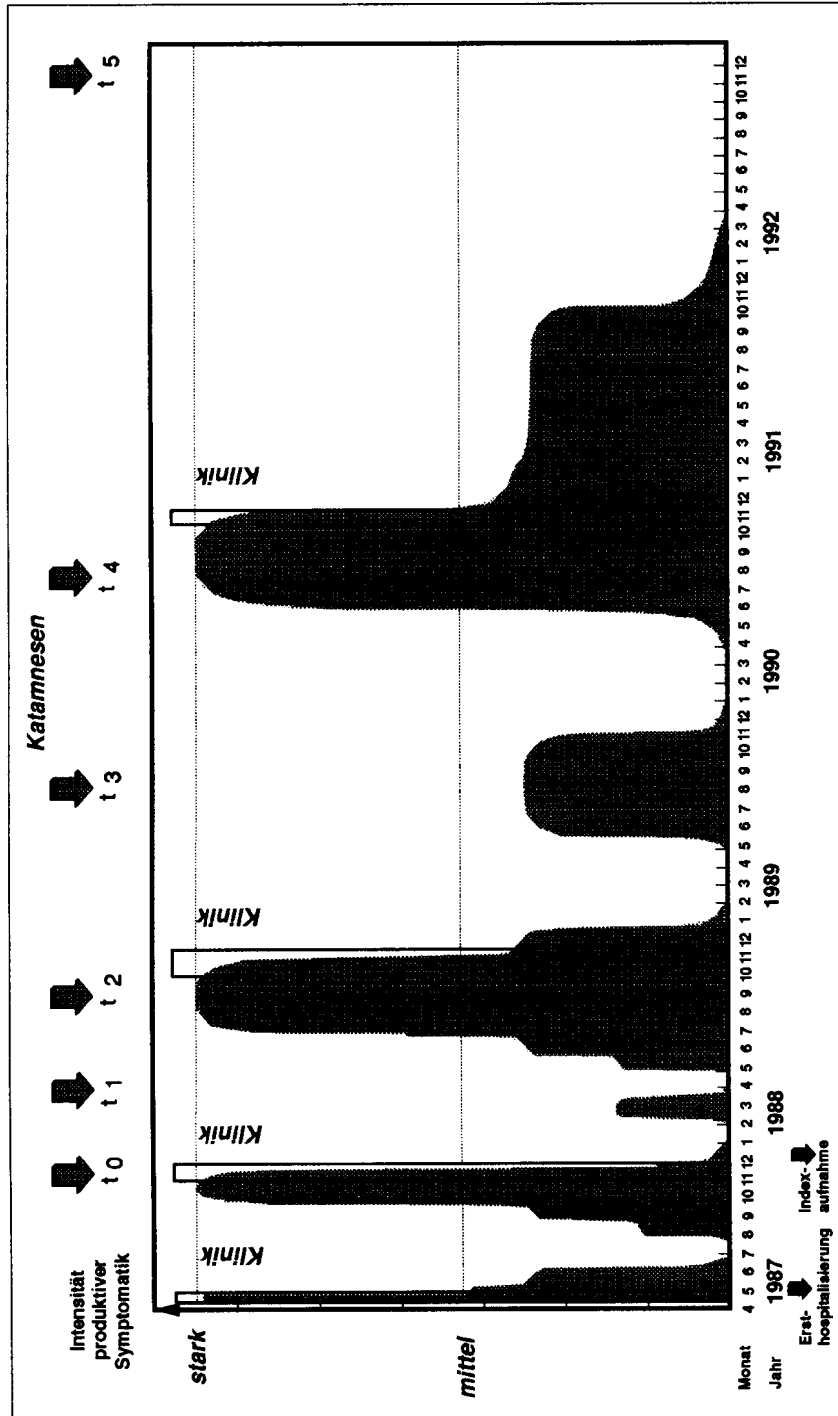


Abbildung 1: Verlauf der produktiven Symptomatik von Frau S. in den ersten fünf Jahren nach Ersthospitalisierung.



Abbildung 1 zeigt den Verlauf der produktiven Symptomatik (Wahn und Halluzination) auf der Grundlage der erhobenen FU-HSD-Daten.

Wie aus der Abbildung zu entnehmen ist, litt Frau S. fast während des gesamten Beobachtungszeitraums mehr oder weniger stark unter Verfolgungsängsten und Beziehungsideen. Die Exazerbation der produktiven Symptomatik – gekennzeichnet durch eine Zunahme der Verfolgungsängste und das Hören von abwertenden Stimmen – hatte immer eine Klinikaufnahme zur Folge. In der Regel verstrichen jedoch mehrere Wochen bis Monate, bevor aufgrund der ausgeprägten Akutsymptomatik eine Klinikweisung erfolgte.

### *Negativsymptomatik*

Das Ausmaß der Negativsymptomatik ist entscheidend für die Entwicklung von „Chronizität“ oder überdauernder sozialer Behinderung. Dieser empirische Befund erklärt u. a., weshalb die Problematik der Negativsymptomatik und ihre Beziehung zur produktiven Symptomatik, der sog. Positivsymptomatik, in jüngster Zeit wieder ausführlich diskutiert wird (vgl. Andreasen, 1989; Barnes, 1989; Maneros, Andreasen & Tsuang, 1991; Rey et al., 1992, 1994; Rey & Bailer, 1996). Die Negativsymptomatik ist aber nicht nur das charakteristische Merkmal eines chronisch-schizophrenen Zustands, sondern sie kann auch bereits vor dem Einsetzen der florid psychotischen Symptome oder während der akuten Manifestation der Psychose vorhanden sein.

Strauss et al. (1974) definieren Negativsymptomatik in Anlehnung an Jackson (1887) als „involving primarily an absence of normal functions“. Negativsymptome sind charakterisiert durch Verhaltensauffälligkeiten, wie Affekt- und Sprachverarmung, Verlangsamung, Aktivitätsminderung, Kontaktmangel, sozialer Rückzug, Einbuße an Initiative.

Nach Andreasen (1982) kann das Konzept der Negativsymptomatik als eine Neuformulierung des Grundstörungsansatzes von Bleuler (1911) angesehen werden. Grundstörungen hat Bleuler als Störungen des Denkens und der Assoziation im Sinne einer überdauernden kognitiven Integrationsstörung beschrieben und von den „akzessorischen“ Symptomen, wie Wahn und Halluzination, abgegrenzt.

Die Negativsymptomatik von Frau S. wurde zu jedem Untersuchungszeitpunkt mit der von Andreasen (1982) entwickelten „Scale for the Assessment of Negative Symptoms“ (SANS) beurteilt (siehe Abbildung 2).

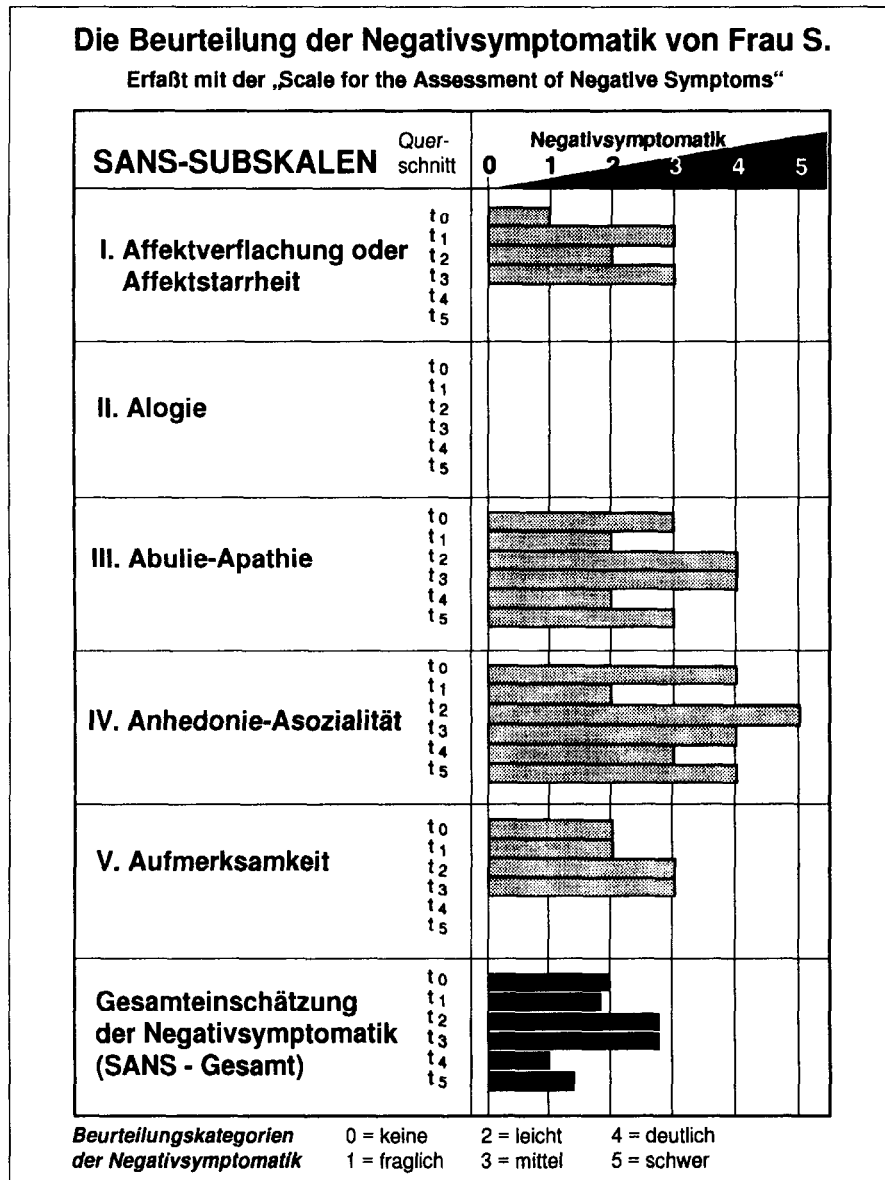


Abbildung 2: Verlauf der Negativsymptomatik von Frau S. in den ersten fünf Jahren nach Indexaufnahme (t<sub>0</sub>). Erfasst und beurteilt wurde die Negativsymptomatik mit der „Scale for the Assessment of Negative Symptoms“ (SANS) von Andreasen (1982).

Die SANS ist eine Fremdbeurteilungsskala, die sich aus den folgenden Subskalen zusammensetzt:

- I. Affektverflachung/Affektstarrheit, hier werden Items beurteilt wie starrer Gesichtsausdruck, verminderte Spontanbewegungen, Armut der Ausdrucksbewegungen, geringer Augenkontakt, Affektverflachung.
- II. Alogie/Paralogie, beinhaltet die Items Verarmung der Sprechweise, Verarmung des Gesprächsinhaltes, Gedankenabreißen und erhöhte Antwortlatenz.
- III. Abulie/Apathie, operationalisiert als mangelnde Pflege und Hygiene, Unstetigkeit in Beruf, Ausbildung oder Haushalt und körperliche Energielosigkeit.
- IV. Anhedonie/Asozialität, beinhaltet einen Mangel an Freizeitvergnügen und Aktivitäten, mangelndes sexuelles Interesse, Unfähigkeit, Intimität und Nähe zu fühlen, Unfähigkeit, soziale Kontakte zu knüpfen.
- V. Aufmerksamkeit, beinhaltet soziale Unaufmerksamkeit und mangelnde Konzentration.

Am Ende jeder Subskala wird eine globale Beurteilung der bereichsspezifischen Symptomausprägung auf einer fünfstufigen Ratingskala vorgenommen, die von 0 (normal) bis 5 (gravierender Ausprägungsgrad) reicht.

Wie aus Abbildung 2 zu entnehmen ist, zeigt Frau S. insgesamt ein eher geringes Ausmaß an Negativsymptomatik. Die stärksten Beeinträchtigungen weist sie in den Symptombereichen Anhedonie – Asozialität und Abulie – Apathie auf. Insgesamt scheint der Verlauf der Negativsymptomatik bei Frau S. eine eher günstige Entwicklung zu nehmen.

### *Soziale Behinderung*

Im Verlauf schizophrener Erkrankungen treten häufig Störungen in den sozialen Funktionsbereichen auf (vgl. Schubart et al., 1986, Marneros et al., 1991, 1991a). „Der Betroffene kann den Anforderungen des täglichen Lebens in der Familie, am Arbeitsplatz und in anderen sozialen Bereichen nicht genügen und daher seine sozialen Rollen während eines mehr oder weniger langen Zeitraumes nicht mehr ausfüllen“ (Jung et al., 1989, S. 9). Diese sogenannte „soziale Behinderung“ kann lange nach Abklingen der akuten Symptomatik noch fortbestehen. Dies bedeutet jedoch nicht, daß soziale Behinderung etwas Irreversibles ist. Selbst bei schizophrenen Langzeitpatienten kann durch spezifische Rehabilitationsmaßnahmen noch eine Verbesserung des beeinträchtigten sozialen Funktionsniveaus erreicht werden.

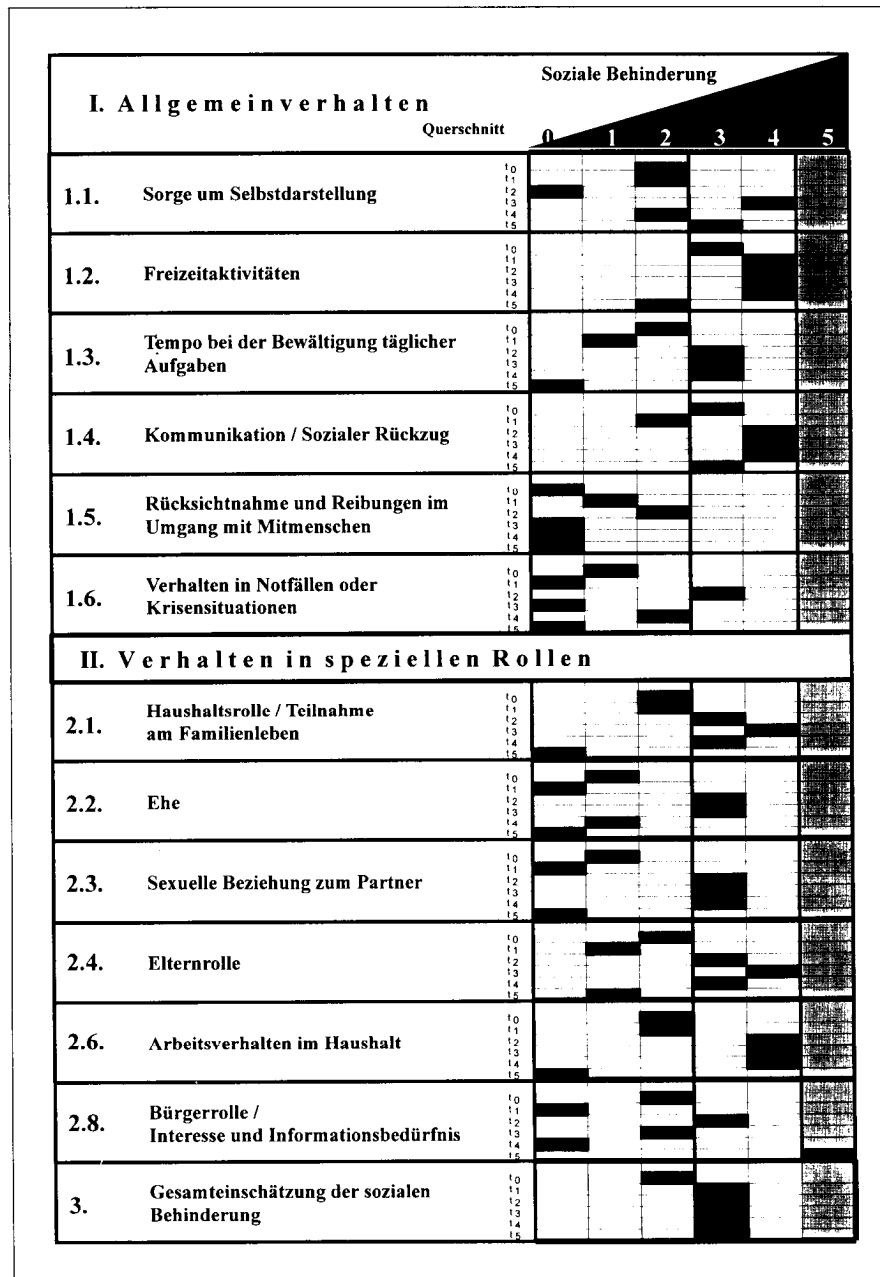


Abbildung 3: Verlauf der sozialen Behinderung von Frau S. in den ersten fünf Jahren nach Indexaufnahme (t0). Die Beeinträchtigungen von Frau S. in verschiedenen Rollenfunktionen wurden mit der „Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung“ (DAS-M) von Jung et al. (1989) erfaßt.

Das Ausmaß der sozialen Behinderung von Frau S. wurde bei der Indexaufnahme (t0) und allen späteren Katamnesezeitpunkten (t1–t5) mit der „Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung“ (DAS-M, Jung et al., 1989) eingeschätzt (siehe Abbildung 3).

Die DAS-M ist ein strukturiertes Interview, das üblicherweise mit der Hauptbezugsperson durchgeführt wird. Im vorliegenden Fall war der Ehemann der Interviewpartner. Grundlage der Beurteilung sind die letzten vier Wochen vor dem Interview. Die DAS-M enthält zwei Sektionen zu verschiedenen Aspekten der sozialen Behinderung. Sektion 1 erfaßt unter dem Oberbegriff „Allgemeinverhalten“ rollenunspezifische und Sektion 2 rollenspezifische Verhaltensbereiche. Jedes Item besteht aus einem Fragenkomplex und wird danach beurteilt, inwieweit der Proband die sozial normierte Verhaltenserwartung erfüllt. In den Behinderungsscore des Einzelitems geht additiv sowohl die Beurteilung der Intensität (Ausprägungen 0–4) als auch die Einschätzung der Dauer der Störung (Ausprägungen 0–1) ein. Der so zusammengesetzte Behinderungsscore kann folglich Werte zwischen 0 (keine Behinderung) und 5 (maximale Behinderung) annehmen. In Sektion 3 wird abschließend aufgrund aller verfügbaren Informationen eine „Gesamteinschätzung der sozialen Anpassung“ vorgenommen. Die gut operationalisierte Beurteilungsskala hat ebenfalls sechs Ausprägungen:

0 = gute soziale Anpassung, 1 = befriedigende soziale Anpassung, 2 = mäßige soziale Anpassung, 3 = geringe soziale Anpassung, 4 = schlechte soziale Anpassung, 5 = fehlende soziale Anpassung.

Abbildung 3 zeigt die Beeinträchtigungen von Frau S. in den verschiedenen sozialen Funktionsbereichen. Der jeweilige Behinderungsscore ist durch einen schwarzen Balken angegeben. Insgesamt zeigt Frau S. fast über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg eine geringe soziale Anpassung, einzelne Rollen, insbesondere in den Bereichen Haushalt, Familie und Sozialkontakte, werden von ihr nicht mehr oder nur noch mit einem überwiegenden Anteil von Hilfestellung wahrgenommen.

## 2 Differentialdiagnostische Überlegungen

Das Krankheitsbild von Frau S. ist gekennzeichnet durch einen eng umgrenzten Verfolgungswahn und deutliche akustische Halluzinationen im Sinne von kommentierenden Stimmen. Die immer wiederkehrenden Wahnideen und Halluzinationen kreisen nur um ein einziges Thema, das der Beobachtung und Verfolgung durch die Nachbarn. Auffallend ist ferner

die über den gesamten Krankheitsverlauf vorhandene soziale Behinderung und das deutlich erniedrigte Leistungsniveau, die sich bei Frau S. in Form von sozialem Rückzug, Vernachlässigung der persönlichen Hygiene und Körperpflege, Einschränkung in der Rollenerfüllung und einem Mangel an Freizeitaktivitäten äußern.

Der systematisierte Verfolgungswahn und das Fehlen von Inkohärenz, auffallende Lockerung der Assoziation, deutlich inadäquater Affekt, katatonies oder deutlich desorganisiertes Verhalten, weisen auf den „Paranoiden Schizophrenietypus“ nach DSM-IV (dt. Version: Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) hin. Auch das Verlaufsmerkmal „stabiler Typ“ trifft hier zu, da während aller akuten Episoden die Kriterien des Paranoiden Typus erfüllt waren. Die Auslösung und Aufrechterhaltung der Störung kann nicht auf organische Faktoren zurückgeführt werden. Der vorhandene episodische Alkoholabusus ist mit Sicherheit Folge und nicht Ursache der schizophrenen Störung. Die Zweitdiagnose von Frau S. lautet daher „sekundärer Alkoholmißbrauch“.

Schizophrenien mit begleitendem Alkoholmißbrauch sind nach einem Literaturüberblick von Zeiler (1990) mit einer Häufigkeit von 10 bis 20 Prozent übrigens nicht selten. Zeiler ist der Meinung, und zeigt dies auch anhand einer eigenen Studie auf, daß „die motivische Grundlage des Abusus im schizophrenen Bewältigungsverhalten zu suchen“ ist (Zeiler, 1990, S.73).

### 3 Theoretisches Modell

#### Vulnerabilitäts-Streß-Modell der Schizophrenie

Unserem heutigen Verständnis der Auslösung und Aufrechterhaltung bzw. des Wiederauftretens schizophrener Symptome liegt ein interaktives, sowohl biologische als auch psychologische und soziale Faktoren berücksichtigendes Krankheitskonzept zugrunde (Strauss & Carpenter, 1981; Nuechterlein & Dawson, 1984; Liberman et al., 1986).

Aus einem solchen Vulnerabilitäts-Streß-Coping-Modell läßt sich ableiten, daß die Ausprägung der psychischen und sozialen Beeinträchtigung einer an einer Schizophrenie erkrankten Person von der individuellen Ausprägung der Vulnerabilität (Verletzbarkeit) im Sinne einer (sehr wahrscheinlich zum Teil genetisch determinierten) psycho-physiologischen Übererregbarkeit und einer reduzierten kognitiven Verarbeitungskapazität, sowie den zu einem bestimmten Zeitpunkt im Krankheitsverlauf vorherrschenden Belastungs- und Schutzfaktoren bzw. Bewältigungsfertigkeiten des Betroffenen abhängt (siehe Abbildung 4).

Die Wahrscheinlichkeit, daß schizophrenietypische Symptome bei einem vulnerablen Individuum auftreten, nimmt nach Liberman et al. (1986) dann zu, wenn

1. belastende Ereignisse wie z. B. Drogenmißbrauch oder Stellenverlust die Bewältigungsfertigkeiten des Individuums übersteigen;
2. potenzierende Faktoren wie starke familiäre Spannungen oder überstimulierende Behandlungsbedingungen in einem bereits beeinträchtigten kognitiven System Hypererregung oder Störungen der Informationsverarbeitung hervorrufen;
3. ein Individuum den Forderungen des täglichen Lebens nicht gewachsen ist, weil die schützenden Effekte von Medikamenten durch Noncompliance verlorengegangen sind;
4. die Fähigkeiten zu sozialem Problemlösen entweder nicht erworben wurden oder aber wegen mangelnden Gebrauchs durch Rückzug bereits verkümmert sind;
5. das Netz der sozialen Unterstützung eines Individuums geschwächt wird oder zusammenbricht.

### Analyse der Risiko- und Schutzfaktoren von Frau S. zu Beginn der Erkrankung

Die Lebenssituation von Frau S. zum Zeitpunkt der Ersterkrankung weist einige der oben beschriebenen Merkmale auf, die auf eine erhöhte Streßbelastung hindeuten:

- ad 1. Die Arbeitslosigkeit des Ehemannes erhöht die Bewältigungsanforderungen für beide Partner.
- ad 2. Beengte Wohnverhältnisse und finanzielle Probleme können zu erhöhter partnerschaftlicher/familiärer Spannung führen.
- ad 3. Frau S. ist mit der Erziehung der beiden Kinder und der Haushaltsführung überfordert.
- ad 4. Die Familie lebt sozial isoliert, es ist kaum soziale Unterstützung verfügbar.

Das Zusammenwirken dieser Belastungsfaktoren übersteigt offensichtlich die Bewältigungsfertigkeiten der Patientin, sie dekompenziert erstmals psychotisch. Als stabilisierender bzw. schützender Faktor ist die Eingebundenheit in Partnerschaft und Familie zu nennen, obwohl zum aktuellen Zeitpunkt hier große Belastungen vorliegen. (Die Prognose für verheiratete Patienten ist generell günstiger als für Alleinstehende.)

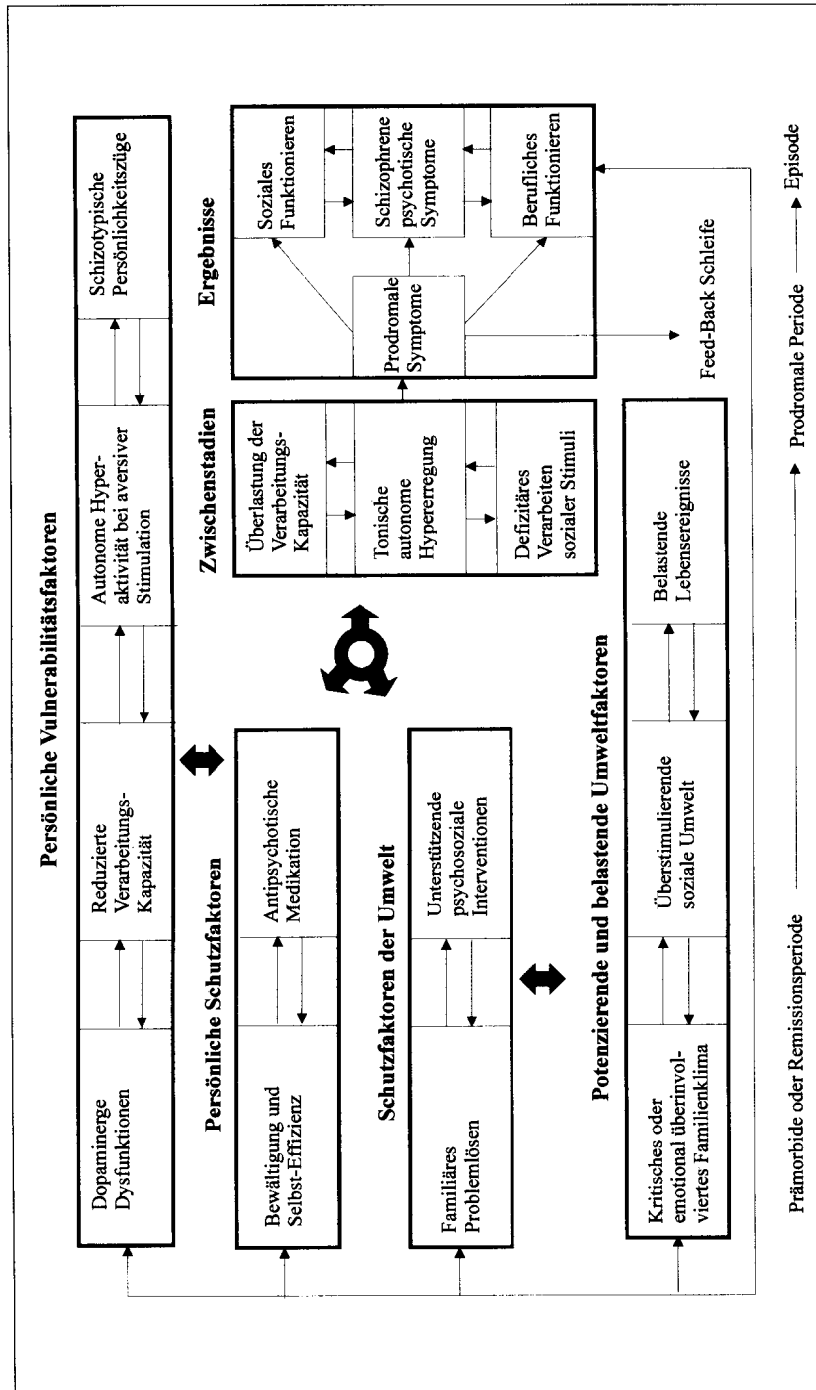


Abbildung 4: Das Vulnerabilitäts-Streß-Modell der Schizophrenie. (Nach Liberman et al., 1986, S. 97.)  
Copyright © 1986 Verlag Hans Huber, Bern. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags.



## 4 Interventionsprinzip

Im folgenden werden der Krankheitsverlauf und die Behandlung von Frau S. unter den im theoretischen Modell erläuterten Belastungs- und Bewältigungsaspekten untersucht und abschließend alternative bzw. ergänzende Interventionsmaßnahmen vorgestellt.

### Krankheitsverlauf, Behandlung und Bewältigungsverhalten

Die erste stationäre Behandlung erfolgt in einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Durch Gabe von Neuroleptika wird eine rasche Besserung der produktiven Symptomatik erzielt, die Patientin wird bereits nach zwei Wochen in ambulante Weiterbehandlung entlassen. Frau S. kehrt in die ursprünglich auslösende, unverändert belastende Lebenssituation zurück. Die Compliance der Patientin ist gering, sie bricht die Behandlung mit einem Depotneuroleptikum nach kurzer Zeit ab und erleidet bald darauf – ohne den schützenden Effekt der Medikamente und bei unveränderter Belastung – ein erstes psychotisches Rezidiv. Die erneut auftretenden akustischen Halluzinationen und paranoiden Vorstellungen, die bei Frau S. immer mit massiven Angstzuständen verbunden sind, versucht sie mittels Alkoholkonsum zu bewältigen. Alkohol wirkt kurzfristig entspannend und angstlösend. Langfristig erhöht er jedoch eher das Rezidivrisiko und verschlechtert die soziale Prognose.

Im Rahmen des zweiten Klinikaufenthalts wird neben der medikamentösen, symptomzentrierten Behandlung auch auf die soziale Situation der Patientin eingegangen. In Einzel- und Gruppengesprächen wird die Belastung der Patientin durch Arbeitslosigkeit und Schulden ebenso thematisiert wie die problematischen Bewältigungsversuche mittels Alkohol. Sie nimmt das Angebot einer sozialpsychiatrisch ausgerichteten Klinik wahr, das neben der üblichen Beschäftigungs- und Werktherapie auch Fertigkeiten der Alltagsbewältigung trainiert und eine stufenweise Wiederbelastung über Wochenendbeurlaubung einführt. Die Vermittlung der beiden Kinder in einen Hort soll Entlastung auch in der Zeit nach der Entlassung aus stationärer Behandlung bieten.

Zwei weitere Klinikaufnahmen werden 11 Monate später und dann erst nach fast 2 Jahren erforderlich. Der Alkoholkonsum zur Bewältigung schizophrener Symptome hat sich inzwischen so gesteigert, daß die Diagnose sekundäre Alkoholabhängigkeit vergeben wird. Neben der neuroleptischen Behandlung liegen Schwerpunkte der stationären Behandlungen erneut im Bereich psychosozialer Maßnahmen. Die Teilnahme am „Lebensprakti-

schen Training“ zielt auf einen Abbau der sozialen Behinderung. Hierbei wird die Patientin durch praktische Übungen wieder an die Alltagsbewältigung herangeführt, etwa über gemeinsames Kochen, Einkaufen, Nahrungsmittel- und Ernährungskunde, Umgang mit Behörden und öffentlichen Verkehrsmitteln, Schriftverkehr etc.

Zwischen den einzelnen Klinikaufenthalten nimmt die Patientin verschiedene Formen der ambulanten ärztlichen Betreuung in Anspruch. Sie wird weiter mit einem Depot-Neuroleptikum behandelt, zunächst durch die Klinikambulanz, danach bei einem niedergelassenen Psychiater, zuletzt durch ihren Hausarzt. Bei der Befragung durch Mitarbeiter unserer Forschungsgruppe wird deutlich, daß die Compliance sowohl bezüglich der regelmäßigen Arztkontakte als auch der Einnahme der neuroleptischen Medikation zeitweise sehr gering war. Der bei vielen Patienten in ähnlicher Form zu beobachtende Mangel an Compliance ist sehr wahrscheinlich auf mangelnde Krankheitseinsicht zurückzuführen, für deren Vermittlung im Rahmen der ärztlichen Standardbetreuung häufig zu wenig Zeit zur Verfügung steht.

Die Erfassung des Bewältigungsverhaltens der Patientin erfolgte mit dem im Rahmen des Forschungsprojekts entwickelten „Interview zur Erfassung der Krankheitsbewältigung Schizophrener“ (IKB) von Thurm-Mussgay et al. (1991). Frau S. zeigte im ersten Jahr nach der Erkrankung noch deutlich mehr problemorientierte Bewältigungsstrategien als zu späteren Meßzeitpunkten. Insgesamt zeichnet sich ihr Bewältigungsstil durchgängig durch eher passiv- abwartendes Verhalten aus. Im Umgang mit Symptomen vermeidet sie bestimmte Situationen oder trinkt Alkohol. Im Umgang mit sozialen Folgen der Erkrankung setzt sie daneben auch ablenkende Strategien wie zum Beispiel Musikhören, Lesen, oder „sich etwas Gutes gönnen“ ein.

### Alternative bzw. ergänzende Interventionsmöglichkeiten

Aus der Beschreibung der Behandlungsgeschichte der Patientin wird deutlich, daß die Interventionsmaßnahmen vor allem auf zwei Bereiche des Vulnerabilitäts-Belastungs-Bewältigungsmodells der Schizophrenie abzielen, nämlich die medikamentöse Beeinflussung der Vulnerabilität und die Reduktion von Belastungen. Die neuroleptische Therapie bietet – bei ausreichender Compliance – einem vulnerablen Individuum wirkungsvollen Schutz vor einer erneuten Erkrankung, indem sie sozusagen künstlich die Vulnerabilität verringert. Die vor allem während der stationären Behandlungen erfolgten psychosozialen Interventionen helfen, aus der Umwelt und Lebenssituation der Patientin herrührende Belastungen zu reduzieren.

Relativ wenige Maßnahmen zielen dagegen auf den dritten Bereich, die Verbesserung der Bewältigungskompetenz der Patientin, ab. Eine systematische Schulung des Patienten im Umgang mit Symptomen und Belastungen müßte nach dem theoretischen Modell ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Rezidivprophylaxe leisten können. Mittlerweile existieren einige Untersuchungen, in denen über Bewältigungsversuche Schizophrener mit einzelnen Aspekten der Symptomatik berichtet wird, so etwa Umgang mit akustischen Halluzinationen (Falloon & Talbot, 1981), Basisstörungen (Böker & Brenner, 1983), Prodromalsymptomen (Cohen & Berk, 1985), akute (Bailer et al., 1994) sowie chronisch psychotischen Symptomen (Tarrier, 1987; Thurm & Häfner, 1987). Süllwold & Herrlich (1998) befürworten eine ergänzende psychologische Behandlung schizophrener Patienten, die sich am Einzelfall orientiert und auf eine Verbesserung der Krankheitsbewältigung und den Wiedererwerb sozialer Fertigkeiten abzielt. Die Arbeitsgruppe von Tarrier et al. (1993) berichtet über erfolgreiche Versuche, das Copingverhalten chronisch schizophrener Patienten zu verbessern. Ein gezieltes Training von Bewältigungsfertigkeiten erwies sich als effektiver in der Reduktion von Symptomen als ein in der Kontrollgruppe durchgeführtes Problemlösetraining. Der spezifische Effekt scheint sich über eine Vergrößerung des Coping-Repertoires zu vermitteln.

Bezüglich des weiteren Krankheitsverlaufs in den nächsten ein bis drei Jahren können für Frau S. folgende prognostische Aussagen formuliert werden, wobei zwischen den Verlaufsaspekten „Psychopathologie“ und „Soziale Rollenerfüllung“ zu differenzieren ist:

Die Wiederauftretenswahrscheinlichkeit produktiver Symptome bei Frau S. kann durch eine kontinuierliche neuroleptische Prophylaxe deutlich verringert werden. Dafür spricht das bisherige rasche und gute Ansprechen auf Neuroleptika während der vorangegangenen Episoden. Diese Prophylaxe sollte für mindestens ein Jahr weitergeführt werden.

Bezüglich der sozialen Rollenerfüllung (Kinder, Haushalt, Partnerschaft und soziale Kontakte) weist Frau S. erhebliche Defizite auf. Ohne weitere therapeutische Hilfestellung in diesen Bereichen ist zu befürchten, daß es wiederum zu Überforderung und Überlastung kommt, die schließlich zur Auslösung einer erneuten psychotischen Episode beitragen. Durch entsprechende psychosoziale Hilfe ist jedoch zumindest für die Bereiche Haushalt und Familie eine Stabilisierung erreichbar. Die Fähigkeit zu intensiven zwischenmenschlichen Kontakten außerhalb der Kernfamilie ist dagegen aufgrund der hohen Vulnerabilität bei vielen an Schizophrenie erkrankten Menschen wenig beeinflussbar.

## 5 Resümee

Krankheitsverlauf und Behandlungsgeschichte von Frau S. sind in verschiedener Hinsicht typisch für eine an Schizophrenie erkrankte Person. Relativ kurze Zeit nach der Ersterkrankung erfolgt ein psychotisches Rezidiv, danach werden die Abstände zwischen den Hospitalisierungen länger. Die Patientin profitiert offenbar von den psychosozialen Maßnahmen im Rahmen der Klinikbehandlungen. Die produktive Symptomatik ist weiterhin vorhanden, was sehr wahrscheinlich zumindest teilweise auf die unzureichende Compliance der Patientin zurückzuführen ist (s. Abschnitt 4).

Die Negativsymptomatik ist während des gesamten Verlaufs eher gering ausgeprägt, ein für die weitere Prognose eher günstiger Faktor. Während des gesamten Beobachtungszeitraums von 5 Jahren besteht eine deutliche soziale Behinderung. Bezüglich der Rollenerfüllung in Haushalt und Familie ist zum letzten Meßzeitpunkt erstmals eine deutliche Besserung eingetreten, wie auch bei der produktiven Symptomatik.

Für die weitere Prognose von Frau S. erscheint die Vermittlung eines psychosozialen Krankheitskonzepts von zentraler Bedeutung. Dieses kann über die Erhöhung der Medikamenten-Compliance mittelbar zu einer Reduktion der Symptomatik beitragen. Auch die Verbesserung der Krankheitsbewältigung, im Sinne eines adäquaten Umgangs mit Alltagsanforderungen bzw. einer Vermeidung von Überbelastung, kann einen wichtigen Beitrag zur Rückfallprophylaxe leisten.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Ed. (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Andreasen, N.C. (1982). Negative symptoms in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 39, 784–788.
- Andreasen, N.C. (1989). Neural mechanisms of negative symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 155, Supplement 7, 93–98.
- Bailer, J., Bräuer, W., Laubenstein, D. & Rey, E.-R. (1994). Coping bei ersthospitalisierten Schizophrenen. In G. Schüßler & E. Leibing (Hrsg.), *Coping*. Göttingen: Hogrefe.
- Bailer, J., Waschkowski, H., Müller-Bischof, C. & Rey, E.-R. (1998). Konzepte und Ergebnisse zur beruflichen Reintegration chronisch psychisch Kranker. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 42, 61–70.
- Bailer, J., Bräuer, W., Rey, E.-R. & Volz, M. (1996a). Die Mannheim S-3 Studie zu

- Prognose und Verlauf schizophrener Psychosen: Teil I. Stichprobe, Design und Methoden. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 32–40.
- Bailer, J., Bräuer, W., & Rey, E.-R. (1996b). Die Mannheim S-3 Studie zu Prognose und Verlauf schizophrener Psychosen: Teil II. Verlauf und Vorhersage der sozialen Behinderung. Ergebnisse der 3-Jahres-Katamnese. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 41–50.
- Bailer, J., Bräuer, W., Rey, E.-R. & Volz, M. (1996c). Die Mannheim S-3 Studie zu Prognose und Verlauf schizophrener Psychosen: Teil III. Verlauf und Vorhersage der Negativsymptomatik. Ergebnisse der 3-Jahres-Katamnese. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 51–57.
- Bailer, J., Bräuer, W., & Rey, E.-R. (1996d). Die Mannheim S-3 Studie zu Prognose und Verlauf schizophrener Psychosen: Teil IV. Prognosefaktoren für Verlaufstypen. Ergebnisse der 3-Jahres-Katamnese. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 58–65.
- Bailer, J., Bräuer, W., & Rey, E.-R. (1996). Premorbid adjustment as predictor of outcome in schizophrenia: Results of a prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 368–377.
- Barnes, T.R. (Ed.) (1989). Negative symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, Supplement 7.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenen*. Leipzig: Deuticke.
- Bleuler, M. (1972). *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten*. Stuttgart: Thieme.
- Böcker, W. & Brenner, H.D. (1983). Selbstteilungsversuche Schizophrener: Psychopathologische Befunde und Folgerungen für Forschung und Therapie. *Nervenarzt*, 54, 578–589.
- Ciampi, L. & Müller, C. (1976). *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katanestische Langzeituntersuchung bis ins Senium*. Heidelberg: Springer.
- Cohen, C.J. & Berk, L.A. (1985). Personal coping styles of schizophrenic outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 407–410.
- Cohen, R. (1989). Das Anhedonie-Konzept in der Schizophrenie-Forschung. *Nervenarzt*, 60, 313–318.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Falloon, J.R. & Talbot, R.E. (1981). Persistent auditory hallucinations. Coping mechanisms and implications for the management. *Psychological Medicine*, 11, 329–339.
- Häfner, H. (1989). Ist Schizophrenie eine Krankheit? Epidemiologische Daten und spekulative Folgerungen. *Nervenarzt*, 60, 191–199.
- Harding, C., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S., Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study: 11. Long-term outcome of subjects who once met the criteria for DSM-III schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 718–735.
- Huber, G., Gross, G., Schüttler, R. (1979). *Schizophrenie. Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie*. Heidelberg: Springer.
- Jung E., Krumm, B., Biehl, H., Maurer, K. & Bauer-Schubart, C. (1989). *Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung*. Weinheim: Beltz.
- Liberman, R.P., Jacobs, H.E., Boone, S.E., Foy, D.W., Donahoe, C.R., Falloon, I.R.H.,

- Blackwell, G. & Wallace, C.J. (1986). Fertigkeitentraining zur Anpassung Schizophrener an die Gemeinschaft. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), *Bewältigung der Schizophrenie*. Bern: Huber.
- Mameros, A., Andreasen, N.C. & Tsuang (Eds.). (1991). *Negative versus Positive Schizophrenia*. Heidelberg: Springer.
- Mameros, A., Deister, A. & Rohde, A. (1991a). *Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie*. Heidelberg: Springer.
- Nuechterlein, K.H. & Dawson, M.E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300–312.
- Rado, S. (1956). Schizotypal organization: Preliminary report on a clinical study of schizophrenia. In S. Rado (Ed.), *Psychoanalysis of Behavior*. New York: Grune & Stratton.
- Rey, E.-R., & Bailer, J. (Hrsg.). (1996). *Prognose und Verlauf ersthospitalisierter Schizophrener*. Frankfurt: Peter Lang Verlag.
- Rey, E.-R., Bailer, J., Bräuer, W., Händel, M., Laubenstein, D. & Stein, A. (1994). Stability trends and longitudinal correlations of negative and positive syndromes within a 3 year follow-up of initially hospitalized schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 405–412.
- Rey, E.-R., Birnbaum, D., Koppe, T. & Krumm, B. (1992b). Ein statistisches Modell zur Interaktion von Negativsymptomatik, Krankheitsbewältigung und sozialer Unterstützung sowie dessen prognostische Bedeutung für den Krankheitsverlauf. In H.D. Brenner & W. Böker (Hrsg.), *Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen*. Bern: Huber.
- Rey, E.-R. & Thurm, I. (1998). Schizophrenien. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Riecher, A., Maurer, K., Löffler, W., Fätkenheuer, B., an der Heiden, W., Munk-Jorgensen, P., Strömgen, E. & Häfner, H. (1989). Gender differences in age at onset and course of schizophrenic disorders. In H. Häfner & W.F. Gattaz (Eds.), *Search for the causes of schizophrenia, Vol. II* (pp. 14–33). Berlin-Heidelberg: Springer.
- Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schubart, C. Schwarz, R., Krumm, B., Biehl, H. (1986). *Schizophrenie und soziale Anpassung – eine prospektive Längsschnittuntersuchung*. Heidelberg: Springer.
- Strauss, J.S. & Carpenter, W.T. (1981). *Schizophrenia*. New York: Plenum Press.
- Strauss, J.S., Carpenter, W.T. & Bartko, J.J. (1974). Speculations on the process that underlies schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 61–69.
- Süllwold, L. & Herrlich, J. (1998). *Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Tarrier, N. (1987). An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 141–143.
- Tarrier, N., Sharpe, L., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A. & Yusopoff, L. (1993). A trial of two cognitive behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. II. Treatment-specific changes in coping and problem-solving skills. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 5–10.
- Thurm, I. & Häfner, H. (1987). Perceived vulnerability, relapse risk and coping in

- schizophrenia. An explorative study. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 237, 46–53.
- Thurm-Mussgay, I., Galle, K. & Häfner, H. (1991). Krankheitsbewältigung Schizophreniker: Ein theoretisches Konzept zu ihrer Erfassung und erste Erfahrungen mit einem neuen Meßinstrument. *Verhaltenstherapie*, 1, 293–300.
- Tölle, R. & Huber, G. (1988). *Psychiatrie* (8. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Tsuang, M., Woolson, R. & Fleming, J. (1979). Long-term outcome of major psychoses: I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1295–1301.
- Wing J.K., Cooper, L.E. & Sartorius N. (1973). *Present State Examination (PSE)*. Medical Research Council/Cambridge University Press. (Deutsche Bearbeitung: M. v. Cranach (1978). *Standardisiertes Verfahren zur Erhebung des Psychopathologischen Befundes*. Weinheim: Beltz.)
- Zeiler, J. (1990). *Schizophrenie und Alkohol: Zur Psychopathologie schizophrener Bewältigungsstile*. Berlin: Springer.

## **Neuropsychologische Störung**

### **Beispiel einer zerebrovaskulären Insuffizienz**

Werner Wittling, Elisabeth Schweiger und Stephan Genzel,  
Eichstätt

Neuropsychologische Störungen sind zerebral bedingte Störungen, die als direkte oder indirekte Folge von strukturellen oder funktionellen Hirnveränderungen auftreten und sich auf ein breites Spektrum von kognitiven, motorischen und sensorischen Verhaltensaspekten auswirken (Wittling, Schweiger & Roschmann, 1992), darüber hinaus aber auch vielfältige Störungen emotional-motivationaler Verhaltensaspekte (Gainotti, 1989) und autonom-physiologischer Körperprozesse (Wittling, 1995) umfassen. Die Ursachen neuropsychologischer Störungen sind sehr vielgestaltig und reichen von spezifischen Verletzungen und Erkrankungen der Hirnstrukturen (traumatische, vaskuläre, neoplastische, infektiöse, toxische und degenerative Hirnschädigungen) über Sekundärfolgen allgemein-medizinischer Erkrankungen (Tarter, van Thiel & Edwards, 1988) bis hin zu Nebenwirkungen medizinischer Behandlungsmaßnahmen (Hämodialyse, Herzoperationen, Psychopharmaka, Zytostatikabehandlung). Die Symptomatik neuropsychologischer Störungen variiert von Patient zu Patient und wird durch eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren beeinflusst, wie z. B. Ätiologie, Lateralisierung, Lokalisation, Grad der Umschriebenheit, Schwere, Einwirkungsgeschwindigkeit, Manifestationszeitpunkt und Verlaufsmerkmale der Störung, wie auch durch Alter, Geschlecht, Händigkeit, prämorbid Persönlichkeitsmerkmale und familiäre Unterstützung des Patienten (vgl. Wittling, 1980a, 1983; Wittling & Schweiger, 1998).

Das nachfolgend dargestellte Fallbeispiel schildert einen Patienten mit einer zerebrovaskulären Insuffizienz, die nach transitorischen ischämischen Attacken schließlich in dem Erscheinungsbild eines vollendeten Hirninfarkts mündete.



Unter **zerebrovaskulärer Insuffizienz** verstehen wir eine mangelhafte Durchblutung des Hirngewebes, die zu einer Sauerstoffunterversorgung umschriebener Hirnregionen führt. Ist die Sauerstoffzufuhr zu einer bestimmten Hirnregion für einen Zeitraum von mehr als drei bis vier Minuten vollständig unterbunden, kommt es zu Nekrosen an den Nerven- und Gliazellen des Gehirns und damit zum Absterben von Hirngewebe. Neben dem von der Sauerstoffblockierung direkt betroffenen Gewebe, das irreversibel geschädigt ist, kommt es aufgrund von lokalen Ödemen, erhöhtem Hirndruck, verringertem Blutfluß, Blockierungen neuraler Übertragungsprozesse und reflexartiger Ausschüttung vasoaktiver Substanzen auch zu einer reversiblen Beeinträchtigung benachbarten Hirngewebes, die die Symptomatik im akuten Krankheitsstadium zusätzlich verschärft, jedoch einer funktionalen Regeneration im Verlaufe der anschließenden Wochen unterliegt.

Als mögliche Ursachen zerebrovaskulärer Insuffizienz sind u. a. folgende Faktoren von Bedeutung: ungenügende Förderleistung des Herzens (Herzinsuffizienz, Koronarinfarkt, Herzrhythmusstörungen), Störungen der Hämodynamik (Hypotonie, Hypertonie), Blutviskoseveränderungen (erhöhte Blutviskosität, Hyperkoagulabilität), verringerte Elastizität der intrakraniellen Arterien sowie intra- oder extrakranielle Strombahnhindernisse und Gefäßwandverengungen (thrombotische oder embolische Verschlüsse). Auch Diabetes mellitus ist ein bedeutsamer Risikofaktor.

Das bedeutsamste akute klinische Erscheinungsbild der zerebrovaskulären Insuffizienz ist der **Hirnfarkt**, bei dem es zu einer irreversiblen Schädigung von Hirngewebe kommt. Die klinische Symptomatik des Hirnfarkts manifestiert sich entweder plötzlich innerhalb von wenigen Minuten, kann sich aber auch progredient im Verlaufe von mehreren Stunden entwickeln. Die Symptomatik ist in erster Linie abhängig davon, welche Hirnarterie von der Durchblutungsstörung betroffen ist und wird durch die Funktionslokalisation im Gehirn determiniert. Bei den besonders häufig vorkommenden Verschlüssen der mittleren Hirnarterie (*Arteria cerebri media*) stehen z. B. contralaterale Hemiparesen und aphasische Störungen im Vordergrund, während bei Verschlüssen der hinteren Hirnarterie (*Arteria cerebri posterior*) contralaterale Gesichtsfeldausfälle die klinische Symptomatik dominieren. Häufig werden Hirnfarkte durch **transitorische ischämische Attacken** angekündigt, die prognostisch als Vorläufer von Hirnfarkten zu werten sind. Es handelt sich dabei um kurzfristige und vorübergehende Reduzierungen in der Blutversorgung, die von flüchtigen und zumeist geringfügigen neurologischen Störungen begleitet sind, wie z. B. Wortfindungsstörungen, Sprechstörungen, Schwäche- oder Taubheitsgefühle in einzelnen Gliedmaßen, Schwindel, Nystagmus, Ohrgeräusche, Gesichtsfeldausfälle, Doppeltsehen oder sonstige Beeinträchtigun-

gen der Sehfähigkeit. Ihre Dauer beträgt zumeist einige Minuten mit einer Schwankungsbreite von wenigen Sekunden bis zu 24 Stunden. Die Ausfälle bilden sich wieder vollständig zurück, haben jedoch eine Tendenz, in unregelmäßigen Abständen neu aufzutreten. Etwa 40 % der Patienten mit transitorischen ischämischen Attacken erleiden später einen Hirninfarkt, wobei dieser zumeist innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Attacke eintritt (Rhawn, 1990).

Hirninfarkte zählen nicht nur zu den häufigsten Todesursachen bei Erwachsenen, sondern stellen auch aufgrund der Tatsache, daß das Überleben eines Infarkts zumeist mit bleibenden Beeinträchtigungen verbunden ist, eine beträchtliche Herausforderung für unser Gesundheitssystem dar. Das nachfolgend dargestellte Fallbeispiel verdeutlicht, daß auch der klinisch arbeitende Psychologe einen bedeutsamen Beitrag im Rahmen der Diagnostik, Prävention und Rehabilitation derartiger Störungen leisten kann, der ergänzend zu den Möglichkeiten einer rein medizinischen Intervention zu sehen ist. Außerdem zeigt es, wie eng in solchen Fällen oft die primäre organisch bedingte Symptomatik mit psychischen Sekundärreaktionen, die als psychologisch verstehbare Reaktionen auf die organische Primärsymptomatik auftreten, verquickt ist.

## 1 Beschreibung der Störung

### Untersuchungsanlaß

Der Patient R.E., ein Diplom-Volkswirt aus Stuttgart, war zum Zeitpunkt der neuropsychologischen Untersuchung 41 Jahre alt. Er hatte vor fünf Jahren einen Hirninfarkt erlitten. Zum damaligen Zeitpunkt war er als Leiter der Verkaufsabteilung im Management eines Industriebetriebs beschäftigt. Nach mehrmonatiger stationärer und anschließender ambulanter Behandlung in einer neurologischen Universitätsklinik hatte er seine Berufstätigkeit wieder aufgenommen. Er hatte jedoch in zunehmendem Maße unter gesundheitlichen und psychischen Problemen aufgrund der hohen Arbeitsanforderungen zu leiden und war auch ein Jahr nach dem Hirninfarkt nicht wieder in der Lage, seine frühere Arbeitsleistung zu erbringen. Daraufhin wurde er von seiner Firma vor die Wahl gestellt, entweder die Firma zu verlassen oder einer niederwertigeren Arbeit zuzustimmen, die nicht mit Leitungsfunktionen verbunden war. Obgleich er durch dieses Ansinnen der Firma und den damit verbundenen beruflichen Rückschritt persönlich zutiefst betroffen war, akzeptierte er schließlich die niederwertigere Position in seiner bisherigen Firma.

Zum Zeitpunkt der neuropsychologischen Untersuchung, d. h. fünf Jahre nach dem Infarkt, bot sich ihm eine neue Chance, wieder in einer höher dotierten Position im Management einer anderen Firma beschäftigt zu werden. Einerseits war er mit seiner beruflichen Tätigkeit während der zurückliegenden fünf Jahre sehr unzufrieden, fühlte sich von seinen Fähigkeiten her unterfordert und hatte zunehmend unter familiären Konflikten zu leiden, die ihren Ursprung in der durch den Hirninfarkt indirekt ausgelösten Veränderung der innerfamiliären Rollenverteilung hatten. Andererseits fürchtete er jedoch eine erneute berufliche Überforderung und hatte extrem starke Ängste vor einem neuerlichen Hirninfarkt. Er kam daher aus eigenem Entschluß zur neuropsychologischen Untersuchung, um die Fragen abklären zu lassen, inwieweit seine zerebrale Leistungsfähigkeit wiederhergestellt ist und ob sein zerebraler Funktionszustand es erlaubt, die neuerliche berufliche Herausforderung anzunehmen, ohne das Risiko einzugehen, beruflich zu scheitern oder die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Hirninfarkts zu erhöhen.

### Prämorbide anamnestische Daten

Der Patient trat direkt nach Abschluß seines Studiums der Volkswirtschaftslehre in seine spätere Firma ein. Aufgrund seiner Engagiertheit und Zuverlässigkeit, aber auch der Verbissenheit, mit der er sich in Detailfragen hineinkniete, gelang es ihm bereits nach acht Jahren, eine Führungsposition im Management der Firma einzunehmen. Zwei Jahre nach seinem Berufseintritt heiratete er eine Gymnasiallehrerin, mit der er zwei Kinder hat, die beide das Gymnasium besuchen. Während sich der Patient selbst als sensibel, ruhig, nachgiebig und auf Ausgleich bedacht einschätzt, beurteilt er seine Frau als ungleich lebhafter und emotionaler, aber auch nervöser und ehrgeiziger. Sie spiele in der Familie die dominierende Rolle, habe sehr starke berufliche Ambitionen bezüglich ihres eigenen Fortkommens und habe ihn selbst sehr stark gedrängt, sich beruflich zu engagieren.

Aufgrund der anamnestischen Daten liegen keine Hinweise auf familiäre Risikofaktoren für Hirninfarkt bei dem Patienten vor. Ebenso existieren keine Hinweise auf hirnschädigungsbedingte Störungen in seiner eigenen Entwicklung. Sein körperlicher Status ist bis auf eine leichte Übergewichtigkeit unauffällig. Herzerkrankungen oder Bluterkrankungen sind bis zum Zeitpunkt des Infarkts nicht bekannt. Ebenso bestehen keine Hinweise auf Hypertonie oder Diabetes in der prämorbidem Lebensspanne. Demgegenüber war der Patient bis vier Jahre vor dem Hirninfarkt ein sehr starker Zigarettenraucher mit einem Konsum von 50–60 Zigaretten pro Tag. Außerdem war er mehrere Jahre in allgemeinärztlicher und neurologischer

Behandlung wegen starker migräneartiger Schmerzen, die vor allem im Hinterkopf lokalisiert waren, teilweise mit Erbrechen einhergingen und vor allem im Zusammenhang mit berufsbedingten Konfliktsituationen auftraten. Er litt deswegen jahrelang unter einer sehr starken Tumorangst, die auch der Grund für wiederholte neurologische Untersuchungen war.

In einem Untersuchungsbericht der neurologischen Universitätsklinik, der sechs Jahre vor dem Infarktereignis erstellt wurde, berichtete der Patient bereits über Sprechstörungen, die in unregelmäßigen Zeitabständen für jeweils einige Minuten auftraten, sowie über Schwindelzustände und Sehstörungen, die sich insbesondere als unscharfes Konturenssehen darstellten. Wie aus weiteren Untersuchungsberichten der gleichen Klinik zu ersehen ist, traten diese Störungen über insgesamt sechs Jahre bis zum Zeitpunkt des Infarktereignisses auf. Sie wurden jedoch nicht als transitorische ischämische Attacken diagnostiziert, sondern als „vegetative Stigmatisierung“ aufgrund berufsbedingter Belastungs- und Konfliktsituationen ohne hirnorganischen Hintergrund gewertet.

## Medizinische Daten zum Infarktereignis

Das Auftreten des Infarktereignisses fällt zeitlich mit der Rückreise aus einem Sommerurlaub in Spanien zusammen. Die Rückreisestrecke von 1300 km legte der Patient mit seinem Auto in zwei Tagen zurück. Am Abend des letzten Rückreisetages verspürte er ein dumpfes Gefühl mit einer zusätzlichen stechenden Komponente an der rechten Schläfenseite. Am Morgen des nächsten Tages verspürte er noch immer intermittierend auftretende migräneartige Schmerzen über der rechten Kopfhälfte. Außerdem konnte er aus beiden Augen nur verschwommen sehen. Am darauffolgenden Tag fiel ihm bei einer Fahrt auf der Autobahn auf, daß er in seiner rechten Gesichtsfeldhälfte blind war.

Die perimetrische Untersuchung in der neurologischen Universitätsklinik, die er daraufhin konsultierte, ergab eine ausgeprägte **homonyme Hemianopsie nach links**, d. h. einen kompletten Ausfall der linken Gesichtsfeldhälfte in beiden Augen. Die **neurologische Standarduntersuchung** erbrachte darüber hinaus keine auffälligen Befunde. Es fanden sich weder Hinweise auf motorische Ausfälle und pathologische Reflexe noch auf sensible Ausfälle und aphasische Störungen. Auch die **Liquoruntersuchung**, die **Röntgenuntersuchung** des Schädels und die **dopplersonographische Darstellung** der extrakraniellen Gefäße (Karotisarterien, Vertebralisarterien) erbrachten keine auffälligen Befunde. Lediglich im **EEG** zeigte sich eine etwas verlangsamte und rechts deutlich schlechter als links ausge-

prägte Grundaktivität mit vermehrter Theta-Aktivität. Die perimetrisch gemessenen Gesichtsfeldausfälle und die vom Patienten selbst berichteten Beschwerden wurden als Folge der Fahrtbelastung unter großer Hitze und des damit einhergehenden Flüssigkeitsverlustes interpretiert. Nach einer Infusionsbehandlung zum Ausgleich des Flüssigkeitsverlustes wurde der Patient daher nach dreitägiger stationärer Behandlung entlassen.

Das anschließende Wochenende, das der Patient zu Hause verbrachte, führte zu einer Erfahrung, die ihn emotional zutiefst aufwühlte und schockierte. Zwar war er in der Lage, einzelne Gegenstände in seiner Wohnung zu erkennen, z. B. Regale, die er selbst gefertigt hatte, jedoch ergab die Gesamtheit der Eindrücke für ihn kein vertrautes Bild, so daß er sich wie in einer völlig fremden Umgebung vorkam. Außerdem hatte er Schwierigkeiten, sich in dieser Umgebung räumlich zu orientieren. Daraufhin suchte er erneut die Klinik auf.

Die **computertomographische Untersuchung**, die am darauffolgenden Tag durchgeführt wurde, ergab eine Hypodensität im rechten temporo-medialen Bereich, die scharf begrenzt war und bis in die Okzipitalregion reichte. Diagnostisch entsprach dies einem Teilverschluß der rechten Arteria cerebri posterior, und zwar des temporo-okzipitalen Astes. Dieser Befund wurde auch durch die anschließend durchgeführte **angiographische Untersuchung** der Vertebralisarterien, aus denen die Arteria cerebri posterior entstammt, bestätigt und spezifiziert. Außerdem ergab die angiographische Untersuchung Hinweise darauf, daß extrakraniell die rechte Vertebralisarterie einen deutlich geringeren Durchmesser hat als die linke Vertebralisarterie.

Untersuchungen zur Erfassung von **Risikofaktoren**, die möglicherweise zur Entstehung des Hirninfarktes beitrugen, erbrachten keine gesicherten pathologischen Befunde, jedoch verschiedene Werte, die im Grenzbereich lagen. Laborchemisch ließen sich keine Risikofaktoren für arteriosklerotische Gefäßveränderungen finden. Ebenso fanden sich keine Hinweise auf ein thrombotisches oder entzündliches Geschehen. Die Blutfettwerte lagen in wiederholt durchgeführten Laboruntersuchungen jeweils an der Normgrenze oder geringfügig außerhalb. Alle sonstigen Laborwerte lagen im Normbereich. Auch die hämorheologische Untersuchung, d. h. die Untersuchung der Fließeigenschaften des Blutes, erbrachte keine eindeutig pathologischen Befunde. Die Fließschubspannung, der Erythrozyten-Aggregationsindex und die Plasmaviskosität lagen geringfügig außerhalb des Normwertbereiches. Sie weisen auf mögliche Störungsursachen hin, sind jedoch in dieser Größenordnung für sich alleine betrachtet nur bedingt als Risikofaktoren zu werten. Schließlich ergab die internistische Untersuchung neben leicht reduzierten Blutdruckwerten einen inkompletten

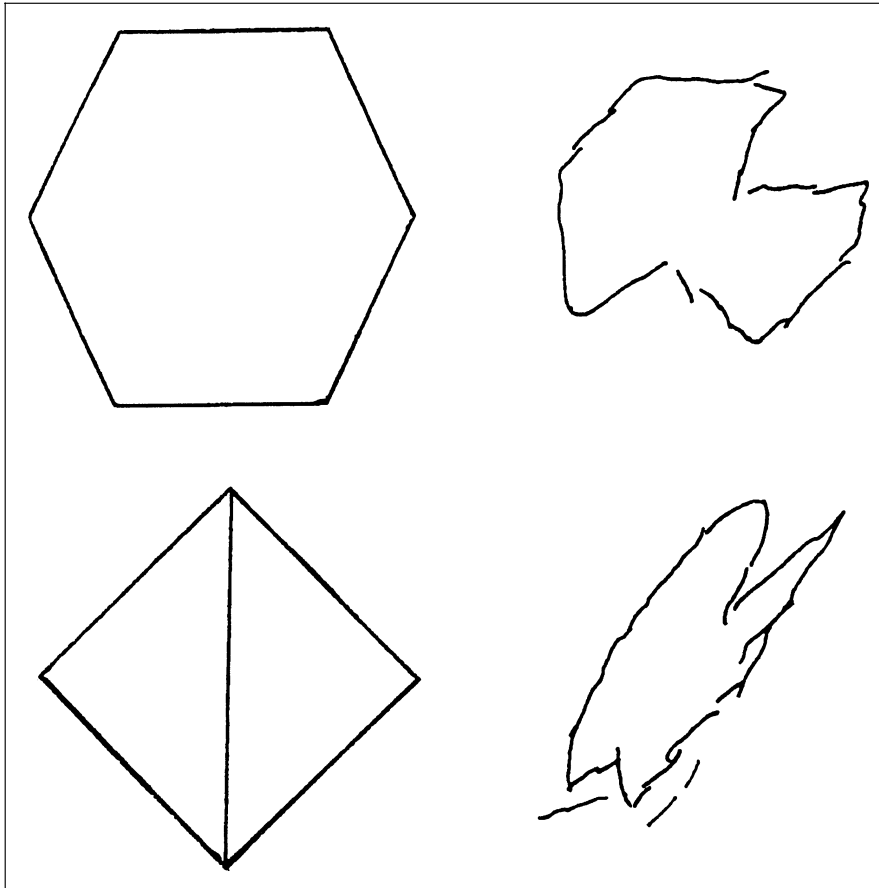


Abbildung 1: Beispiele für visu-konstruktorische Funktionsstörungen beim Abzeichnen räumlicher Vorlagen.

Rechtsschenkelblock im EKG, also eine Störung der Reizleitung im Herzen, die häufig ischämischer Ätiologie ist. Auch dieser Befund wurde als nicht eindeutig pathologisch interpretiert.

Eine in der Klinik ebenfalls durchgeführte kurze **testpsychologische Untersuchung** erbrachte ergänzend zu den eigenen Angaben des Patienten über Fremdheitsgefühle und räumliche Orientierungsstörungen auch Belege für Störungen in visu-konstruktorischen Funktionen, wie sie etwa beim Nachbauen oder Nachzeichnen von räumlichen Vorlagen zum Vorschein kommen (vgl. Abb. 1). Auf eine weitergehende neuropsychologische Untersuchung des Patienten wurde in der Klinik verzichtet, da er bereits nach relativ kurzzeitigen Anstrengungen völlig erschöpft war. Mit seinen eigenen Leistungsgrenzen konfrontiert, zeigte er massive Panik- und Katastro-

phenreaktionen. Er begann zu hyperventilieren und steigerte sich in einen Weinkrampf, währenddessen es zu tetanischen Krämpfen in der Handmuskulatur und Taubheitsgefühlen in den Armen kam.

## 2 Differentialdiagnostik

In der von den Autoren durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung sollte, wie bereits erwähnt, überprüft werden, in welchem Maße die zerebrale Leistungsfähigkeit des Patienten fünf Jahre nach dem Hirninfarkt wiederhergestellt ist und ob sein zerebraler Funktionszustand es erlaubt, die neue berufliche Herausforderung anzunehmen, ohne das Risiko einzugehen, beruflich zu scheitern oder das Auftreten eines erneuten Hirninfarktes zu provozieren.

Die neuropsychologische Untersuchung stützte sich im wesentlichen auf die **erweiterte neuropsychologische Testbatterie von Halstead-Reitan** (Reitan & Wolfson, 1985; Wittling, 1980b, 1983; Wittling, Schweiger & Roschmann, 1992), ergänzt durch Daten aus Anamnese, Verhaltensbeobachtung und Persönlichkeitsfragebogen. Außerdem wurde eine topographische EEG-Untersuchung (Brain Mapping) der ereigniskorrelierten Hirnrindenaktivität auf visuell dargebotene Sprachreize durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 1 zusammenfassend dargestellt. Grundsätzlich ist es erforderlich anzumerken, daß die neuropsychologische Untersuchung immer zwei spezifische Zielsetzungen zu erfüllen versucht, nämlich (a) die inhaltliche Funktionsanalyse, d. h. die Abklärung der Frage, welche inhaltlichen Funktionsbereiche von den Auswirkungen einer Hirnsubstanzschädigung oder Hirnfunktionsstörung betroffen sind, und (b) die topographische Funktionsanalyse, d. h. die Abklärung der Frage, welche spezifischen Hirnbereiche in ihrer Funktionsfähigkeit von den Auswirkungen einer Hirnsubstanzschädigung oder Hirnfunktionsstörung betroffen sind. Zur Abklärung der letzteren Frage bedient sich die neuropsychologische Diagnostik einer Reihe spezieller Inferenzprinzipien. Eine ausführliche Darstellung der Vorgehensweise in der neuropsychologischen Diagnostik findet sich in Wittling, Schweiger und Rosehmann (1992), veranschaulicht anhand eines Fallbeispiels. Im Rahmen der vorliegenden Abhandlung kann dagegen nur eine stark verkürzte Darstellung der neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse gegeben werden, wobei die stärkere Gewichtung auf der inhaltlichen Funktionsanalyse liegt.

Intelligenz und höhere geistige Funktionen des Patienten, die im wesentlichen mit dem Hamburg-Wechsler Intelligenztest (HAWIE) untersucht wurden, scheinen fünf Jahre nach dem Infarktereignis in keiner Weise be-

Tabelle 1: Neuropsychologische Untersuchungsbefunde

<b>HAWIE</b>		<b>HALSTEAD-REITAN NEUROPSYCHOLOGICAL TEST BATTERY</b>	
VIQ	116	<b>Category-Test</b>	43 Fehler
HIQ	113	<b>Tactual Performance-Test</b>	
GIQ	115	rechte Hand	9'10"
Allg. Wissen	14	linke Hand	4'45"
Allg. Verständnis	13	beide Hände	3'38"
Zahlennachsprechen	10	Gesamtzeit	17'33"
Rechnerisches Denken	13	Formgedächtnis	7 Richtige
Gemeinsamkeitenfinden	12	Lokalisationsgedächtnis	5 Richtige
Wortschatztest	15	<b>Seashore Rhythm-Test</b>	27 Richtige
Bilderordnen	11	<b>Speech Sounds Perception-Test</b>	8 Fehler
Bilderergänzen	13	<b>Finger Oscillation-Test</b>	
Mosaiktest	13	rechte Hand	48 Schläge
Figurenlegen	12	linke Hand	47 Schläge
Zahlensymboltest	10	<b>IMPAIRMENT INDEX</b>	0.4
<b>Trail Making-Test</b>		<b>Perimetrie</b>	homonyme Quadrantenanopsie oben links
A	24 sek.	<b>Dichotische Stimulation</b>	
B	138 sek.	rechtes Ohr	45/80 Richtige
<b>Griffstärke</b>		linkes Ohr	38/80 Richtige
rechte Hand	39 kg	Gesamtwert (% Richtige)	51.8 %
linke Hand	38 kg	Asymmetriewert (POC)	8.4 %
<b>Reitan-Klove Tactile Form Recognition</b>		<b>Reaktionszeitmessung</b>	
rechte Hand	9 sek.	rechte Hand	202.7 msek
linke Hand	8 sek.	linke Hand	204.3 msek
<b>Reitan-Klove Sensory-Perceptual Exam</b>		<b>FPI-R (Stanine Werte)</b>	
Unilaterale Stimulation:		Lebenszufriedenheit	5
taktil	0 Fehler	Soziale Orientiertheit	5
akustisch	0 Fehler	Leistungsorientiertheit	6
visuell	nicht durchführbar	Gehemmtheit	4
Bilaterale Stimulation:		Erregbarkeit	6
taktil	1 Fehler (rechts)	Aggressivität	3
akustisch	1 Fehler (rechts)	Beanspruchungsgefühl	4
visuell	nicht durchführbar	Körperliche Beschwerden	7
<b>Tactile Finger Recognition</b>		Gesundheitssorgen	9
rechte Hand	0 Fehler	Offenheit	8
linke Hand	0 Fehler	Extraversion	6
<b>Finger-tip Number Writing</b>		Emotionalität	7
rechte Hand	3 Fehler		
linke Hand	1 Fehler		
<b>Edinburgh Handedness Inventory</b>			
konsistenter Rechtshänder (9/9)			



einträchtigt zu sein. Sowohl der Gesamt-IQ (115) als auch der sprachbezogene IQ (116) und der Handlungs-IQ (113) liegen über dem Populationsdurchschnitt. Beim Vergleich der einzelnen Subtestleistungen sind keine spezifischen Ausfälle feststellbar, ebenso auch keine markanten Leistungsspitzen. Bemerkenswerterweise finden sich entgegen der Untersuchung im akuten Krankheitsstadium auch keine Hinweise mehr auf Störungen der räumlichen Orientierungsfähigkeit, der visu-konstruktiven Funktionen und der Wahrnehmungsorganisation (Mosaik-Test, Figurenlegen). Dies weist darauf hin, daß es sich bei diesen Störungen um vorübergehende funktionelle Beeinträchtigungen benachbarten Hirngewebes handelte, das nicht irreversibel durch den Hirninfarkt geschädigt war.

Während sich bei den **Sprachfunktionen** keine Hinweise auf Ausfälle im sprachlichen Denken finden (siehe oben), scheinen grundlegendere Sprachfunktionen eher beeinträchtigt zu sein. So liegt die Leistung des Patienten im Speech Sounds Perception-Test, der akustische Diskriminationsfähigkeit mißt, im unteren Grenzbereich. In der Verhaltensbeobachtung läßt sich feststellen, daß seine Sprache sehr holprig und wenig flüssig ist und über den gesamten Sitzungsverlauf hinweg häufig Wortfindungsstörungen festzustellen sind. Letzteres stimmt auch mit seinen eigenen anamnestischen Angaben überein, nach denen er in den zurückliegenden fünf Jahren seit der Entlassung aus der Klinik wiederholt Episoden hatte, in denen er nicht richtig reden konnte oder in denen er beträchtliche Probleme bei der Wortfindung hatte.

Bei den **Gedächtnisfunktionen** lassen sich keine auffälligen Beeinträchtigungen feststellen. Der Patient kann sich in der Anamnese mit akribischer Genauigkeit an zeitlich lang zurückliegende Ereignisse erinnern. Allenfalls das Erfassen und Behalten neuer Informationen liegt etwas unter den Erwartungen aufgrund seines Intelligenzniveaus, und zwar sowohl bei Informationen sprachlicher Art (HAWIE-Subtest Zahlennachsprechen) als auch bei solchen nichtsprachlicher Art (Memory- und Lokalisationskomponente im Tactual Performance-Test).

Die Analyse der **motorischen Funktionen** ergibt zunächst, daß der Patient über eine ausgeprägte Rechtshändigkeit verfügt (Edinburgh Handedness Inventory). Seine manuelle Kraft (Handdynamometer) und Reaktionsgeschwindigkeit (Finger Tapping-Test) befinden sich jedoch am unteren Grenzbereich seiner Altersgruppe. Besonders bemerkenswert erscheint dabei, daß entgegen den Erwartungen die Leistungen in beiden Händen nur geringfügig differieren, was unter Umständen auf eine relative Beeinträchtigung der dominanten rechten Hand (motorische Regionen der linken Hemisphäre) hinweisen könnte.

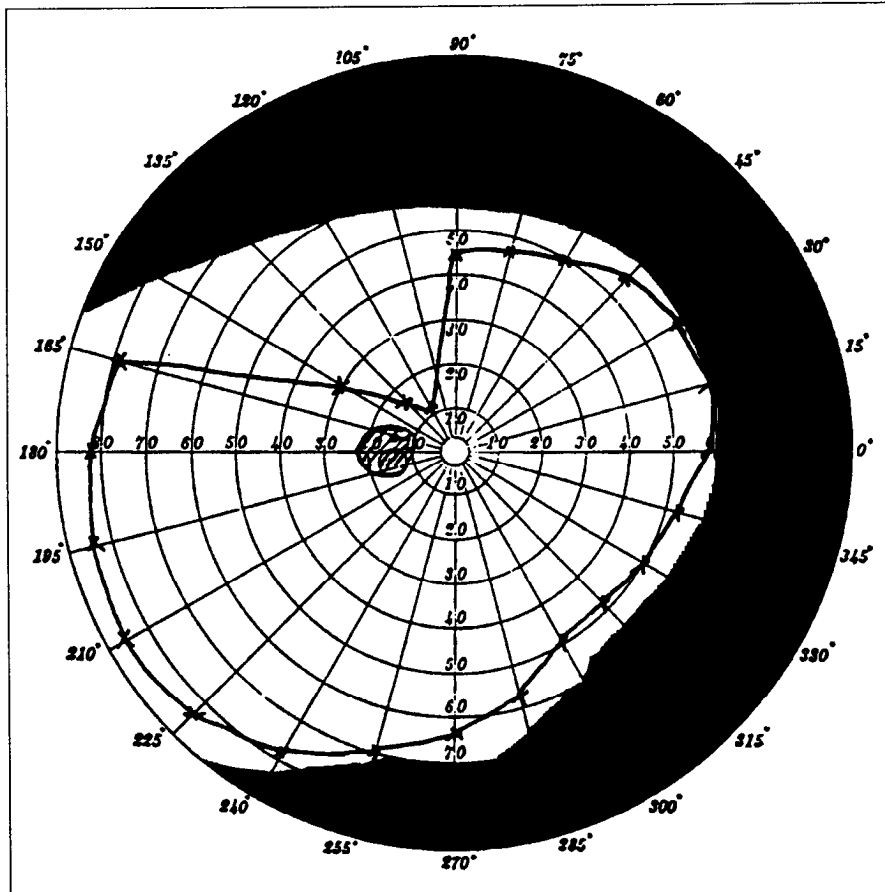


Abbildung 2: Quadrantenanopsie oben links bei der perimetrischen Bestimmung des Gesichtsfeldes, dargestellt für die Untersuchung des linken Auges. Die weiße Fläche kennzeichnet das normale Gesichtsfeld.

Auffälligkeiten ergeben sich auch bei der Analyse der **einfachen sensorischen Prozesse**. Eine perimetrische Untersuchung des Gesichtsfeldes weist zunächst auf einen Rückgang der Gesichtsfeldausfälle gegenüber der Untersuchung im akuten Stadium des Hirninfarktes vor fünf Jahren hin (Abb. 2). Anstelle der damaligen homonymen Hemianopsie, also des kompletten Ausfalls der linken Gesichtsfeldhälfte, findet sich nun eine homonyme Quadrantenanopsie, also nur noch ein Ausfall im oberen Quadranten der linken Gesichtsfeldhälfte. Dieser Ausfall dürfte irreversibel sein und geht vermutlich auf eine Verletzung der Sehstrahlung im Bereich des Temporallappens zurück. In Ergänzung zu diesem infarktbedingten Ausfall in der visuellen Wahrnehmung finden sich jedoch auch zusätzliche,

unerwartete Hinweise auf leichtere Störungen in der akustischen Sensorik (Suppressionseffekt bei Stimulation des rechten Ohres) sowie in den taktil-sensorischen Prozessen (Fehleranzahl im Fingerspitzenschreiben, Durchführungszeit des Tactual Performance Tests, Suppressionseffekt bei taktiler Stimulationsprüfung). In allen Fällen erscheint ähnlich wie bei den motorischen Prozessen die rechte Körperseite stärker betroffen, was ebenso wie letzteres als Hinweis auf mögliche Funktionsbeeinträchtigungen der kortikalen Regionen der linken Hemisphäre gewertet werden kann. Damit übereinstimmend werden schließlich auch von dem Patienten selbst kurzzeitige Episoden von Taubheitsgefühlen berichtet, die während der zurückliegenden fünf Jahre in unregelmäßigen Zeitabständen im rechten Arm auftraten.

Hinsichtlich der **kognitiven Aspekte der Verhaltensregulation** wird bei dem Patienten zunächst eine deutliche Beeinträchtigung seiner Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfunktionen sichtbar. Dies zeigt sich insbesondere dann, wenn er unter ablenkenden Reizbedingungen seine Aufmerksamkeit selektiv auf bestimmte Reizinhalte richten und andere Reizinhalte simultan ignorieren muß. Die entsprechende Gesamtproduktionsleistung bei der dichotischen Stimulation, die ein besonders sensibles Verfahren für diese Aufmerksamkeitskomponente ist, liegt deutlich unter dem Erwartungswert seiner Alters- und Bildungsgruppe. Neben der selektiven Aufmerksamkeitsleistung erscheint auch seine geteilte Aufmerksamkeit stark beeinträchtigt. Dies wird insbesondere im Trail Making-Test B deutlich, bei dem eine erfolgreiche Aufgabendurchführung die Fähigkeit voraussetzt, die Aufmerksamkeit auf zwei simultan zu absolvierende Verarbeitungsleistungen zu verteilen. Seine Aufmerksamkeitsleistung liegt hierbei über drei Standardabweichungen außerhalb des Mittelwertes seiner Altersgruppe. Auch die kognitive Umstellungsfähigkeit und Flexibilität erscheint bei dem Patienten beeinträchtigt. Einen ersten Hinweis hierfür liefert der Wert im Category-Test, der nahe am Grenzbereich und eindeutig unter den Erwartungen liegt, die aufgrund des Bildungsniveaus an den Patienten zu richten sind. Aber auch aus Anamnese und Verhaltensbeobachtung werden neben einer ausgeprägten Perseverationstendenz die Schwierigkeiten des Patienten sichtbar, sich rasch auf neue Sachverhalte einzustellen und alte Strategien, die sich als nicht erfolgreich erwiesen haben, aufzugeben.

Eine Analyse der **motivationalen Aspekte der Verhaltensregulation** anhand von Anamnese, Verhaltensbeobachtung und FPI-Persönlichkeitsdaten ergibt keine Auffälligkeiten bezüglich Leistungsorientiertheit und Anspruchsniveau, ebenso keine Hinweise auf Apathie oder Resignation. Sehr auffällig ist jedoch die rasche Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit des Patienten, die sich trotz großen Engagements bei der Untersuchungsdurchführung bei allen längerdauernden Beanspruchungen zeigt. Sie äußert sich

insbesondere in einem sehr raschen Leistungsrückgang im Verlauf von Vigilanzleistungen, z. B. in einem deutlichen Anstieg der Reaktionszeiten im Verlauf von visuellen RZ-Messungen sowie in einem starken Anstieg der Fehlerquote bei Aufgaben mit hohen Konzentrationsanforderungen (erster vs. zweiter Teil der dichotischen Stimulation). Subjektiv wird dieser Leistungsrückgang von dem Patienten als ein Gefühl der Erschöpfung und zeitweisen Überforderung erlebt, verbunden mit einer ausgeprägten Enttäuschung über das eigene Leistungsvermögen. Besonders auffällig ist, daß der Patient in diesen Situationen, d. h. immer dann, wenn er sich geistig oder körperlich besonders stark anstrengt oder an die Grenze seiner Leistungsfähigkeit gelangt, zu hyperventilieren beginnt und auf diese Weise die körperliche Verspannung verstärkt, bis hin zu Muskelkrämpfen, Übelkeit, Schwindelzuständen und plötzlich einsetzenden Kopfschmerzen.

Hinsichtlich der **emotionalen Aspekte der Verhaltensregulation** (FPI-Daten, Verhaltensbeobachtung) erweist sich der Patient als wenig aggressiv, ohne deutliche Anzeichen dysphorischer oder euphorischer Verstimmung und mit emotionalen Reaktionen, die weder als inadäquat noch als indifferent zu bezeichnen sind. Auffällig sind jedoch seine erhöhte emotionale Labilität, ein überdurchschnittlich hohes Maß an körperlichen bzw. psychosomatischen Beschwerden und insbesondere eine extreme Sensibilisierung auf körperliche und psychische Probleme (Skalen Gesundheits-sorgen und Offenheit), die vermutlich eine sekundäre Reaktion auf den erlittenen Hirninfarkt darstellen. Außerdem berichtet der Patient in der Anamnese über zunehmende familiäre und eheliche Probleme, die ihn emotional stark belasten. Seit dem erlittenen Hirninfarkt habe sich seine Rolle in der Familie grundlegend geändert. Seine ohnehin dominante Ehefrau übertrage ihm zunehmend mehr Aufgaben im Haushalt und in der Betreuung der Kinder, während sie sich selbst verstärkt um eine Karriere im schulischen Bereich bemühe und eine Direktorenstelle an einem Gymnasium anstrebe. Zugleich äußere sie in immer stärkerem Maße Unverständnis und Unzufriedenheit mit seinem geänderten Verhalten seit dem erlittenen Hirninfarkt. Auch in sexueller Hinsicht bestünden seit einiger Zeit Konflikte und Unzufriedenheit, die von seiten seiner Ehefrau auch dadurch begründet werden, daß er während des Geschlechtsverkehrs stark zu hyperventilieren beginne, was bei ihm zu Spasmen, Schwindelanfällen und zeitweiligen Absenzen führe und bei ihr selbst große Ängste und Beklemmung hervorrufe.

Zur **Untersuchung der bioelektrischen Hirnrindenaktivität** wurde eine topographische Analyse der ereigniskorrelierten Hirnaktivität auf visuell dargebotenes sprachliches Reizmaterial durchgeführt (Brain Mapping mit 30 Elektroden und significance probability mapping nach Duffy). Die Un-

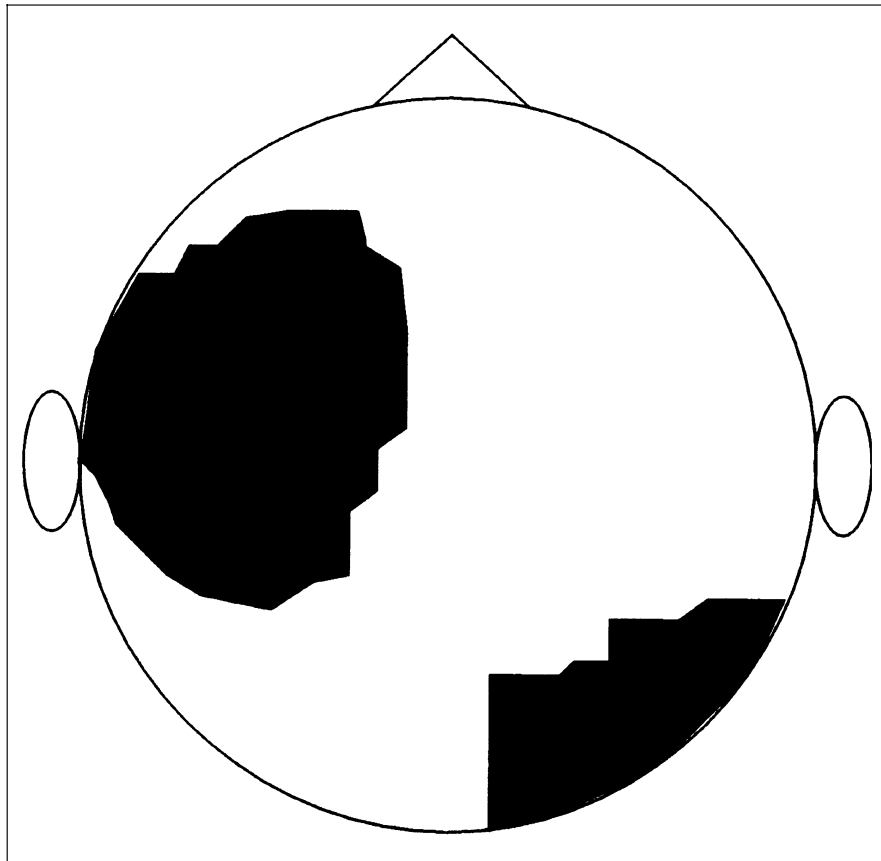


Abbildung 3: Topographische Analyse der ereigniskorrelierten Hirnrindenaktivität auf visuell dargebotenes sprachliches Reizmaterial. Die markierten Flächen kennzeichnen Cortexregionen, über denen sich die abgeleitete Hirnrindenaktivität des Patienten über die gesamte Meßstrecke hinweg signifikant ( $p < .01$ ) von der gesunder Kontrollpersonen unterscheidet.

tersuchung ergibt zunächst einen scharf begrenzten Bereich im Temporo-Okzipitalcortex der rechten Hemisphäre, in dem sich die evozierte Hirnrindenaktivität des Patienten signifikant von der einer gesunden Kontrollgruppe gleichaltriger Personen unterscheidet (Abb. 3). Die räumliche Lokalisation dieser Region stimmt weitestgehend mit der hypodensen Region bei der fünf Jahre zuvor durchgeführten kranialen Computertomographie überein. Daraus läßt sich ersehen, daß die von dem rechtsseitigen Hirninfarkt im engeren Sinne betroffene Hirnregion erwartungsgemäß auch fünf Jahre nach dem Infarkt über keine normale bioelektrische Hirnaktivität verfügt. Bedeutsamer ist jedoch eine zweite Beobachtung, für die sich in keiner der damals durchgeführten medizinischen Untersuchungen Anhalts-

punkte finden (Computertomographie, Angiographie, neurologische Standarduntersuchung, EEG), die jedoch eine direkte Entsprechung in den oben berichteten Befunden unserer aktuell durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung hat. Es findet sich nämlich in der topographischen Analyse der evozierten Hirnrindenaktivität ein zweiter räumlich zusammenhängender Bereich, in dem sich die Hirnrindenaktivität des Patienten ebenfalls signifikant von derjenigen der normalen Kontrollgruppe unterscheidet (Abb. 3). Dieser Bereich ist in der Fronto-Temporalregion der linken Hemisphäre angesiedelt und entspricht dem Versorgungsgebiet der linksseitigen Arteria cerebri media. Eine Unterstützung erfahren diese Hinweise auf zusätzliche funktionelle Durchblutungsstörungen im linken Mediabereich auch durch eine EEG-Untersuchung der spontanen Hirnaktivität, bei der sich unter Provokation durch Hyperventilation eine abnorme Zunahme langsamer Hirnwellen (Delta- und Theta-Aktivität) im linken Mediabereich findet.

### 3 Erklärungsansätze

Aus dem dargestellten Fallbeispiel lassen sich verschiedene Problemsituationen ersehen, die bei Patienten mit neuropsychologischen Störungen häufig anzutreffen sind. Insbesondere läßt sich daraus ableiten, wie das Verhalten des Patienten nicht nur durch die primären organischen Folgen der Hirnschädigung verändert wird, sondern auch durch die sekundären psychischen Reaktionen auf die wahrgenommenen Veränderungen sowie durch Veränderungen der transaktionalen Beziehungen zwischen dem Patienten und seiner sozialen Umwelt.

Zunächst bleibt als zentrales Ereignis im Leben des Patienten festzuhalten, daß er vor fünf Jahren einen **Hirnfarkt im Bereich der rechten Arteria cerebri posterior** erlitten hat. Dieser ist diagnostisch gut belegt durch medizinische Untersuchungsverfahren wie Computertomographie und Angiographie, die eine hohe Validität bei derartigen Störungsbildern aufweisen. Außerdem finden sich eindeutige Verhaltensmerkmale wie eine linksseitige homonyme Hemianopsie, die in die gleiche Richtung weisen wie die Befunde der apparativen Untersuchungsverfahren.

Der Hirnfarkt wird von medizinischer Seite zunächst erkannt und auf funktionale Durchblutungsstörungen zurückgeführt, was den Beginn einer effektiven Behandlung um eine Woche verzögert. Viel gewichtiger erscheint jedoch die Tatsache, daß die Vorboten des Hirnfarktes, nämlich die transitorischen ischämischen Attacken, die bereits mehrere Jahre vor dem Infarkt aufgetreten waren und sich in unregelmäßigen Abständen wie-

derholten, nicht als solche erkannt wurden. Statt dessen wurden sie, bedingt durch die Tumorangst des Patienten aufgrund der häufigen heftigen Kopfschmerzen, durch seine labile und ängstliche Persönlichkeit, durch seine belastende und konfliktreiche Berufssituation und insbesondere durch die Akribie, mit der er seine Symptome beobachtete und berichtete, als **hypochondrische Reaktionen** fehlgedeutet, also als eine Fixierung der Wahrnehmung auf eine angeblich organisch nicht begründete vegetative Symptomatik. Möglicherweise hätte eine zu diesem Zeitpunkt einsetzende adäquate Behandlung das Auftreten des Hirninfarkts verhindern können.

Das Ereignis des Hirninfarktes führte bei dem Patienten zu einer Reihe von tiefgreifenden Veränderungen in Leistungsfähigkeit und Verhalten, die zunächst als **direkte, organisch bedingte Auswirkungen des Infarkts** zu werten sind. Während einige dieser Symptome, wie z. B. das Entfremdungsgefühl, die räumlichen Orientierungsstörungen und die Probleme bei visu-konstruktorischen Aufgaben, auf einer vorübergehenden funktionellen Beeinträchtigung von Hirngewebe beruhten, das an den Infarktbereich angrenzte, und sich infolge dessen wieder zurückbildeten, beruhen andere Symptome auf irreversiblen Schädigungen oder Funktionsbeeinträchtigungen des Gehirns und sind auch fünf Jahre nach dem Infarkt noch nachweisbar. Hierzu zählt insbesondere der Ausfall der Sehleistung im oberen linken Quadranten des Gesichtsfeldes, der als spezifische Störung einer umschriebenen Hirnregion (Areale aus dem Versorgungsgebiet der Arteria cerebri posterior) zu werten ist. Für den Alltag des Patienten von ungleich größerer Bedeutung sind jedoch die nicht unerheblichen Störungen bei Aspekten der kognitiven Verhaltensregulation, insbesondere die stark beeinträchtigten Fähigkeiten zur selektiven und verteilten Aufmerksamkeit, die geringe kognitive Umstellungsfähigkeit und Flexibilität sowie die ausgeprägte Perseverationstendenz, die alle als unspezifische Störungen im Sinne einer allgemeinen Hirnleistungsschwäche zu werten sind. Auch die sehr rasche Erschöpfbarkeit und Ermüdbarkeit sowie die schnelle Überforderung und der ausgeprägte Leistungsrückgang im Verlaufe von konzentrierter geistiger Tätigkeit sind ähnlich zu interpretieren und weisen eine hohe Relevanz für das Alltagsleben des Patienten auf.

Zu einer Ausweitung der zunächst nur organisch bedingten Problematik des Patienten kam es infolge von sekundären Reaktionen, die sich sowohl bei dem Patienten selbst als Folge der von ihm subjektiv registrierten eigenen Defizite zeigten als auch in den transaktionalen Beziehungen mit seiner sozialen Umwelt. Die **intrapsychischen Reaktionen des Patienten auf den erlittenen Hirninfarkt** äußern sich zunächst in einer extremen Sensibilisierung auf körperliche und psychische Probleme in Form von Gesundheitssorgen, der fortwährenden Beschäftigung mit gesundheitsbezogenen Fragen und der akribischen Beachtung und Registrierung jegli-

cher körperlicher Veränderungen, die als Hinweis auf Hirnfunktionsstörungen gewertet werden können. Ursachen dieser Reaktionsweise sind sicherlich primär in seiner ängstlichen Persönlichkeitsstruktur zu sehen, worauf schon die ausgeprägte Tumorangst hinweist, die sich bei dem Patienten bereits längere Zeit vor dem Infarkt ereignis fand. Als Folge des Hirninfarkts kam es jedoch zu einem exzessiven Anstieg dieser Sensibilisierung auf körperliche Probleme, und zwar in einem solchen Maße, daß sie zu einer wesentlichen Umstellung und Einschränkung seiner Lebensweise führte. Darüber hinaus gelangten die sekundären intrapsychischen Reaktionen des Patienten vor allem in leistungsbezogenen Situationen zur Auswirkung. Sie äußerten sich dabei insbesondere in einer massiven Enttäuschung über das reduzierte Leistungsvermögen und einer Unzufriedenheit mit den eigenen, durch den Hirninfarkt vorgegebenen Leistungsgrenzen. Versuche, diese Leistungsgrenzen durch intensive Anstrengung zu überwinden, führten regelmäßig zu einer Verschlechterung der Problematik, da sie häufig mit einer **Auslösung von Hyperventilationsreaktionen** einhergingen. Der Patient hatte nämlich eine Tendenz entwickelt, über deren Ursprung keine Angaben vorliegen, bei sehr starker geistiger oder körperlicher Anstrengung mit einer extremen Verspannung der Thoraxmuskulatur zu reagieren, in deren Verlauf es oft zu einer hochgradigen Hyperventilation kam, bei der Atemfrequenz und Atemtiefe über das biologisch erforderliche Maß hinaus erhöht sind. Infolge der mit der exzessiven Atmung einhergehenden respiratorischen Alkalose und Abnahme des Kohlendioxidpartialdrucks sowie den dadurch ausgelösten sekundären physiologischen Veränderungen, insbesondere einer Konstriktion der Hirnarterien, kam es bei dem Patienten zu einer Reihe körperlicher Symptome wie Muskelkrämpfe, Zittern, Taubheitsgefühle, Übelkeit, Schwindel und Kopfschmerzen, die ihn zutiefst ängstigten und wiederholt panikartige Angst vor einem erneuten Infarkt auslösten.

Parallel zu den eigenen sekundären Reaktionen des Patienten auf seine hirnschädigungsbedingten Defizite wurden in zunehmendem Maße auch **Veränderungen in der sozialen Interaktion** innerhalb seiner Familie und seines erweiterten Bekanntenkreises sichtbar, die teilweise als Reaktionen auf seine Primärsymptomatik, aber auch auf seine sekundären Verhaltensänderungen interpretiert werden können. Eine erste, für den Patienten sehr schmerzliche und kränkende Reaktion stellt die berufliche Herabstufung durch seinen Arbeitgeber dar, die ihre Ursache in seiner durch den Hirninfarkt verringerten Arbeits- und Leistungsfähigkeit hatte. Jedoch auch in seinem Bekanntenkreis kam es allmählich zu reaktiven Entwicklungen gegenüber seinen geänderten Verhaltensmerkmalen. Hierbei spielten insbesondere seine mangelnde Spontaneität und Flexibilität, seine geringe Belastbarkeit und insbesondere seine bereits oben beschriebene Persevera-



tionsneigung, mit der er sich in exzessivem Maße mit körperlichen Symptomen und gesundheitsbezogenen Problemen befaßte, eine bedeutsame Rolle. Sie trugen dazu bei, daß es zu einem allmählichen Rückzug einiger seiner bisherigen Bekannten kam bzw. daß andere eine distanziertere und deutlich kritischere Einstellung ihm gegenüber entwickelten. Schließlich trugen seine Leistungs- und Verhaltensänderungen, aber auch die oben beschriebenen sexuellen Probleme aufgrund seiner Hyperventilationstendenz während des Geschlechtsverkehrs dazu bei, daß sich seine Frau in zunehmendem Maße emotional von ihm löste, Unzufriedenheit und Unverständnis für sein Verhalten zeigte und eine vorwiegend kritische Einstellung entwickelte, die zu zahlreichen ehelichen Konflikten und Streitigkeiten führte. In dem gleichen Maße, wie seine Ehefrau sich innerlich von ihm löste und den Aufbau ihrer eigenen Karriere vorantrieb, wurde der Patient in eine untergeordnete Rolle innerhalb seiner Familie gedrängt, so daß er nicht nur in seiner Arbeitsumgebung und im Bekanntenkreis, sondern auch in seiner eigenen Familie eine deutliche Statuseinbuße erleben mußte.

Wie die obige Analyse zeigt, stellt sich die Problematik des Patienten als eine enge Verflechtung von primär hirnorganisch bedingten Dysfunktionen, sekundären intrapsychischen Reaktionen und reaktiven Veränderungen sozialer Art dar, wobei die Interaktion dieser Faktoren die fatale Tendenz zur Progression der Symptomatik beinhaltet. Zusätzliche Explosivität erhält die Problematik des Patienten schließlich noch durch die in der neuropsychologischen Untersuchung und topographischen EEG-Untersuchung gefundenen **Hinweise auf eine zerebrovaskuläre Insuffizienz im Bereich der linken Arteria cerebri media**, für die in früheren Untersuchungen des Patienten keine Belege existieren. Bislang äußern sich diese Störungen klinisch erst in Form von transitorischen ischämischen Attacken in der entsprechenden Hirnregion, jedoch muß das Risiko eines erneuten Hirninfarkts als sehr hoch eingestuft werden.

## 4 Interventionsprinzipien

Entsprechend der engen Verflechtung von primär hirnorganisch bedingten Dysfunktionen, sekundären Verhaltens- und intrapsychischen Reaktionen und reaktiven Veränderungen sozialer Art muß sich eine adäquate Intervention auf eine multimethodale Vorgehensweise stützen, die über ein neuropsychologisches Funktionstraining im engeren Sinne weit hinausgeht.

Der erste und wichtigste Schritt eines Interventionsprogramms besteht in einer ausführlichen **Beratung des Patienten** im Hinblick auf die von ihm

selbst formulierte Frage (vgl. Untersuchungsanlaß), inwieweit seine zerebrale Leistungsfähigkeit wiederhergestellt ist und ob sein zerebraler Funktionszustand es erlaubt, eine neuerliche berufliche Herausforderung anzunehmen, ohne (a) das Risiko einzugehen, beruflich zu scheitern und (b) die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Hirninfarkts zu erhöhen.

Bezüglich des ersten Aspektes dieser Frage ist es erforderlich, den Patienten darauf hinzuweisen, daß ein Wechsel seines Arbeitsplatzes, der mit erhöhten Anforderungen einhergeht, derzeit nicht empfohlen werden kann. Zwar läßt sich feststellen, daß die Mehrzahl der höheren kognitiven Funktionen, wie sie in den Ergebnissen von Intelligenztests zum Ausdruck kommen, nicht beeinträchtigt erscheint. Ebenso liegen kaum Hinweise auf Störungen der Sprachfunktionen und der Wahrnehmungsorganisation vor. Sensorische, motorische und Gedächtnisfunktionen sind zwar teilweise beeinträchtigt, stellen jedoch keine bedeutsamen Beschränkungen für die Berufstätigkeit des Patienten dar. Demgegenüber sind jedoch die Störungen im Bereich der Aufmerksamkeit, die geringe Umstellungsfähigkeit und kognitive Flexibilität sowie der rasche Leistungsabfall und die hohe Ermüdungstendenz des Patienten so gravierender Natur, daß sie zu einer starken Überforderung unter belastenden Arbeitsbedingungen und damit zum beruflichen Scheitern in der neu angestrebten Position führen müssen.

Im Hinblick auf den zweiten Aspekt der Frage ist es von größter Wichtigkeit, den Patienten auf die in der neuropsychologischen und topographischen EEG-Untersuchung festgestellten Anzeichen einer zuvor nicht bekannten funktionellen zerebrovaskulären Insuffizienz im Bereich der linken Arteria cerebri media hinzuweisen und ihm das Aufsuchen einer neurologischen Behandlung dringend naheulegen. Außerdem ist in laborchemischen, internistischen und hämorheologischen Untersuchungen zu überprüfen, inwieweit sich Veränderungen der Risikofaktoren für einen Hirninfarkt in jüngster Zeit ergeben haben. Gleichzeitig ist es notwendig, den Patienten darauf hinzuweisen, daß auch aus diesen gesundheitsbezogenen Gründen von einer Übernahme neuer, höherer beruflicher Verantwortung abgeraten werden muß. Es ist ihm dabei zu vermitteln, daß psychische Belastung und berufsbedingter Streß, insbesondere bei der bei ihm vorliegenden emotionalen Labilität, fast alle traditionellen Risikofaktoren des Hirninfarkts verstärken kann (Plasmaviskosität, Erythrozyten-Aggregationsindex, Fließschubspannung des Blutes, Sauerstoffverbrauch, ischämische Herzstörungen), die bei ihm ohnedies im Grenzbereich oder leicht außerhalb der Normgrenzen liegen, wie frühere Untersuchungen ergeben haben.

Da sich die Probleme des Patienten in letzter Zeit auch in den familiären Bereich verlagert haben und insbesondere zu permanenten Spannungen im Verhältnis zu seiner Ehefrau geführt haben, erscheint neben einer Beratung

des Patienten selbst auch eine **Familienintervention** angebracht. Hierbei ist es wichtig, durch gezielte Informationen über die Entstehungs- und Ausweitungsmechanismen der Störung bei der Ehefrau Verständnis für das veränderte Verhalten des Patienten zu wecken, zugleich jedoch auch diesem nahezubringen, welche negativen Auswirkungen manche seiner sekundären Verhaltensreaktionen (z. B. extreme Sensibilisierung auf Krankheitsprobleme) auf seine unmittelbare soziale Umwelt haben. Anzustreben ist eine gemeinsame Lösung der sozialen Problematik, die es dem Patienten gestattet, in einer spannungsfreien familiären Atmosphäre zu leben, bei der keine irrealen Anforderungen oder Erwartungen an ihn gestellt werden, zugleich jedoch eine verletzende Behandlung oder das permanente Bekunden von Enttäuschung unterlassen wird.

Die Zielsetzung eines speziellen **neuropsychologischen Funktionstrainings** richtet sich primär auf eine Verbesserung der gestörten Aufmerksamkeitsleistung, wobei alle drei Aufmerksamkeitskomponenten (selektive Aufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit, Daueraufmerksamkeit) getrennt angegangen werden müssen. Hierzu steht ein Instrumentarium von neuropsychologischen Rehabilitationsverfahren zur Verfügung (vgl. z. B. Sohlberg & Mateer, 1987), die teils computergestützt (z. B. „Orientation Remedial-Module“ von Ben Yishay et al., 1980), teils apparativer Natur sind (Determinationsgeräte, Mehrfachwahlreaktionen, Varianten der dichotischen Stimulationsprüfung usw.).

Eine besondere Bedeutung kommt im vorliegenden Falle einer **Behandlung der Hyperventilationssymptomatik** zu. Diese ist nicht nur, wie wir feststellen konnten, maßgeblich an der Entstehung der ehelichen Konflikte des Patienten beteiligt, sondern muß als ein möglicher Auslösemechanismus von transitorischen ischämischen Attacken angesehen werden, der insbesondere bei Überforderung und im Verlauf von großer geistiger oder körperlicher Anstrengung zur Auswirkung gelangt. Hinweise auf Behandlungsmaßnahmen beim Hyperventilationssyndrom finden sich u. a. bei Garssen & Rijken (1990). Im vorliegenden Falle ist es zunächst wichtig, den Patienten mit der Technik der Rückatmung in einen Plastikbeutel vertraut zu machen, um ihm ein einfaches Mittel an die Hand zu geben, im akuten Fall eine Hyperventilationsattacke zu stoppen. Darüber hinaus ist das Erlernen von präventiven Maßnahmen von vorrangiger Bedeutung. Hierzu müssen die auslösenden Bedingungen des Hyperventilationssyndroms (Verspannung der Thoraxmuskulatur, hochfrequente Atmung) mit Hilfe von EMG-Feedback und Atmungs-Feedback in Situationen angegangen werden (z. B. hohe geistige Anstrengung), die normalerweise eine Hyperventilationsattacke auslösen. Zusätzlich erscheint ein Umstellungstraining von Brust- zu Bauchatmung angebracht.

Eine letzte Komponente eines Interventionsprogramms zielt auf eine allgemeine **Entspannung** des Patienten zur Verringerung seiner emotionalen Labilität und auf einen Abbau seiner extremen **gesundheitsbezogenen Ängste** hin, um eine Eskalation der Streßreaktionen auf die Wahrnehmung von real vorhandenen körperlichen Symptomen zu verhindern. Hierzu bieten sich u. a. die Methode der progressiven Relaxation und Variationen der systematischen Desensibilisierung oder der Streßimmunisierung sensu Meichenbaum an.

## 5 Resümee

Neuropsychologische Störungen gehen nicht nur auf eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Entstehungsbedingungen zurück, sondern zeichnen sich auch durch ein außerordentlich breites Spektrum von Symptomen aus, die von Patient zu Patient variieren und jeder Störung ein individuelles Gepräge verleihen. Im Gegensatz zu anderen Störungsformen sind sie daher nicht durch das Vorliegen eines bestimmten Symptoms oder Symptombildes wie z. B. Stottern oder Zwangsgedanken definiert, sondern ausschließlich durch ihre spezielle Ätiologie, die zerebrale Verursachung. Eine zerebrale Ätiologie bedeutet jedoch keineswegs, daß alle bei einem bestimmten Patienten vorliegenden Symptome die unmittelbare, direkte Folge zerebraler Gewebsschädigungen oder Dysfunktionen sein müssen. Wie das dargestellte Fallbeispiel zeigt, treten sekundäre Störungen auch häufig als psychische Reaktionen des Patienten auf die erlittene Schädigung und die damit verbundenen Dysfunktionen auf. Auch reaktive Veränderungen im sozialen Umfeld des Patienten können zu einer Ausschmückung der Symptomatik führen. Wie aus dem Fallbeispiel ebenfalls zu entnehmen ist, können diese sekundären Reaktionen die primäre Symptomatik nicht nur überlagern oder überdecken, sondern unter gewissen Umständen zu Risikofaktoren werden, die die pathogenetischen Organprozesse rückwirkend verstärken können. Insofern ist nicht nur eine sehr sorgfältige Abklärung der Gesamtsymptomatik, sondern auch eine breite therapeutische Intervention erforderlich, die über ein reines Funktionstraining hinausreicht. Welche eigenständige, über die medizinische Intervention weit hinausgehende Rolle die Klinische Neuropsychologie nicht nur im Rahmen der diagnostischen Abklärung, sondern ebenso auch im Rahmen einer adäquaten und umfassenden Behandlung derartiger Störungen zu spielen vermag, ist aus dem dargestellten Fallbeispiel ersichtlich.

## Literatur

- Ben-Yishay, Y. et al. (1980). *Working approaches to cognitive deficits in brain damaged. Rehabilitation Monograph 61*. New York: Institute of Rehabilitation Medicine, New York University Medical Center.
- Gainotti, G. (1989). The meaning of emotional disturbances resulting from unilateral brain injury. In G. Gainotti & C. Caltagirone (Eds.), *Emotions and the dual brain* (pp. 147–167). Berlin: Springer.
- Garssen, B. & Rijken, H. (1990). Hyperventilation syndrome. in A.A. Kaptein, H.M. van der Ploeg, B. Garssen, P.J. Schreurs & R. Beunderman (Eds.), *Behavioural medicine* (pp. 159–172). London: Wiley.
- Reitan, R. & Wolfson, D. (1985). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery. Theory and clinical interpretation*. Tucson: Neuropsychology Press.
- Rhawn, J. (1990). *Neuropsychology, neuropsychiatry and behavioral neurology*. New York: Plenum Press.
- Sohlberg, M. & Mateer, C. (1987). Effectiveness of an attention training program. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9, 117–130.
- Tarter, R.E., van Thiel, D.H. & Edwards, K.L. (Eds.). (1988). *Medical neuropsychology. The impact of disease on behavior*. New York: Plenum Press.
- Wittling, W. (1980a). Neuropsychologische Faktoren. In W. Wittling (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie, Bd. 3: Verhaltensstörungen: Konzepte und Determinanten* (S. 252–321). Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Wittling, W. (1980b). Zerebrale Funktionsdiagnostik. In W. Wittling (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie, Bd. 1: Methoden der klinisch-psychologischen Diagnostik* (S. 281–321). Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Wittling, W. (1983). Neuropsychologische Diagnostik. In K.J. Groffmann & L. Michel (Eds.), *Verhaltensdiagnostik* (S. 193–335). Göttingen: Hogrefe.
- Wittling, W. (1995). Brain asymmetry in the control of autonomic-physiological activity. In R. Davidson & K. Hugdahl (Eds.), *Brain asymmetry*. Cambridge, MA: MIT-Press.
- Wittling, W. & Schweiger, E. (1998). Neuropsychologische Störungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Aufl, S. 587–624). Göttingen: Hogrefe.
- Wittling, W., Schweiger, E. & Roschmann, R. (1992). Neuropsychologische Diagnostik. In R.S. Jäger & E. Petermann (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik. Ein Lehrbuch* (S. 575–602). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

## **Psychologische Aspekte chronischer Krankheiten am Beispiel des Mammakarzinoms**

Ulrike Ehlert und Peter Schulz, Trier

### **Vorbemerkungen**

Chronische Krankheiten können sowohl durch somatopathologische als auch durch psychopathologische Bedingungen verursacht werden. Karzinomerkrankungen stellen ein prominentes Beispiel chronischer somatogener Störungen dar. Einer der häufigsten gynäkologischen Tumore ist das Mammakarzinom; es rangiert in der Häufigkeit der Todesursachen bei Frauen hinter den Herz-Kreislaferkrankungen an zweiter Stelle (Knörr et al., 1989). 6–7 % aller Frauen in Europa und den USA sind davon betroffen, der Anteil an der gesamten weiblichen Karzinommortalität beträgt 25 %. Die Mehrzahl der erkrankten Frauen ist zwischen 50 und 70 Jahre alt, ein Drittel der Frauen ist jünger als 50 Jahre. Leitsymptom des Mammakarzinom ist ein Knoten bzw. eine ertastbare Verhärtung der Brustdrüse. Die somatische Therapie erfolgt durch eine Entfernung der erkrankten Brust (Mastektomie) oder durch brusterhaltende Tumorentfernung (Tumorektomie). In beiden Fällen werden gleichzeitig mindestens 10 Lymphknoten der homolateralen Axilla entnommen. In Abhängigkeit von der Tumorbeurteilung (Größe, Lymphknotenbefall, Metastasen) können zusätzlich Radiotherapie, Hormontherapie oder Chemotherapie erfolgen. Die Überlebenszeiträume von Patientinnen mit einem Mammakarzinom sind vom homolateralen axillären Lymphknotenstatus und der Tumorgroße abhängig. Beispielsweise beträgt die Überlebenswahrscheinlichkeit nach 5 Jahren bei einer Tumorgroße  $< 1$ , keinem Lymphknotenbefall, keiner Metastasierung circa 85 %. Bei einem Mammakarzinom mit generalisierter Metastasierung beträgt die mittlere Überlebenszeit bei erfolgreich gestaffeltem Therapieeinsatz  $> 2$  Jahre, 15 % dieser Frauen leben  $> 5$  Jahre (Senn et al., 1986).

Als psychoätiologische Einflußfaktoren auf die Entstehung des Mammakarzinoms wurde in retrospektiven Untersuchungen das Auftreten negativer kritischer Lebensereignisse untersucht. Die Befunde hierzu sind uneinheitlich (vgl. Priestman u. a., 1985; Forsen, 1991). Für den Krankheitsverlauf bei Frauen mit Mammakarzinom postuliert Levy (1989) ein prospektives, psychoneuroimmunologisches Modell. Demzufolge nimmt die Qualität der sozialen Unterstützung Einfluß auf das Ausmaß erlebter Hilflosigkeit und negativer Affekte, die wiederum zu einer Modulation neuroendokriner und immunologischer Funktionen führen, die dann den weiteren Krankheitsverlauf beeinflussen.

Eine psychologische Intervention bei Patientinnen mit einem diagnostizierten Mammakarzinom kann im Sinne einer Krisenintervention im Rahmen der medizinischen Akutbehandlung, in der Nachsorgephase, in der Rezidivphase und in der präfinalen Krankheitsphase erfolgen.

Im folgenden soll die Fallgeschichte einer Karzinompatientin dargestellt werden, deren psychische Krankheitsbewältigung sowohl von Settingvariablen der medizinischen Behandlung als auch der Chronizität des Karzinoms beeinflußt wurde.

### *Biographische Daten der Patientin*

Frau P. war zum Zeitpunkt des psychologischen Erstgespräches 49 Jahre alt und verheiratet; sie hat zwei Kinder, die damals 16 und 17 Jahre alt waren. Die Patientin arbeitete freiberuflich als Übersetzerin, ihr Ehemann war in einer leitenden Managementposition beschäftigt.

Die Patientin wurde als zweites von drei Kindern 1943 geboren. Nach Angaben der Patientin führten ihre Eltern eine gute Ehe, was dazu beitrug, daß ihre Kindheit glücklich verlief. Sie erlangte problemlos die Hochschulreife und qualifizierte sich für ein Stipendium an einer französischen Universität. In Frankreich lernte sie 1963 ihren späteren Ehemann kennen. Da dieser Mann circa ein Jahr nachdem sie sich kennengelernt hatten, beruflich nach Brasilien versetzt wurde, entschloß sich das Paar, vorher zu heiraten und danach gemeinsam in Rio de Janeiro zu leben. Die Zeit, die sie in Südamerika verbrachten, sei sehr interessant und zufriedenstellend gewesen. In Südamerika begann Frau P. ihre Arbeit als Übersetzerin. 1974 wurde ihr Ehemann nach Deutschland versetzt. Nach einigen Umstellungsschwierigkeiten lebte sich das Ehepaar aber gut ein.

Bei beiden Partnern entwickelte sich bereits kurze Zeit nach dem Einleben in Deutschland der Wunsch nach Kindern. 1975 wurde die erste Tochter geboren, ein Jahr später die zweite Tochter. Das Leben zu viert sei zwar

für beide Ehepartner eine neue und anfangs „chaotische“ Erfahrung gewesen, jedoch habe es nie schwerwiegende Probleme gegeben. Beide Töchter hätten sich bisher „prächtig“ entwickelt und würden keine nennenswerten Sorgen bereiten. Die Patientin gab an, daß es in ihrer persönlichen Vergangenheit nie besondere Schwierigkeiten gegeben habe. Sie habe bisher ein ausgefülltes Leben mit einer zufriedenen Familie gehabt.

Sowohl 1982 als auch 1986 wurden bei der Patientin Gewebeveränderungen in der Brust diagnostiziert. Es erfolgte jeweils eine Entfernung des entsprechenden Gewebes; in beiden Fällen handelte es sich um gutartige Tumore.

## 1 Kontaktaufnahme während der Phase der medizinischen Früherkennung und -behandlung

Im Dezember 1991 wurde Frau P. mit dem Verdacht eines malignen Tumors der linken Mamma in eine stationäre gynäkologische Behandlung eingewiesen. Nach der Durchführung einer entsprechenden Diagnostik wurde eine brusterhaltende Quadrantektomie (lateral oberer Quadrant) mit einer Lymphknotenausräumung in der Axilla durchgeführt. Entsprechend der Internationalen Klassifikation maligner Tumore der UICC (International Union Against Cancer, 1987) ergab sich ein  $T_{1b}N_0M_0$ -Befund ( $T_{1b}$  = Tumor größer als 0,5 cm, aber kleiner als 1,0 cm;  $N_0$  = keine regionalen Lymphknotenmetastasen;  $M_0$  = keine Fernmetastasen).

Während der stationären Behandlung wurde uns die Patientin im Rahmen unserer Liaisontätigkeit auf der gynäkologischen Station des Krankenhauses vorgestellt. Zu diesem Zeitpunkt wirkte die Patientin psychisch nicht auffällig. Sie berichtete, daß der – später als maligne diagnostizierte – Tumor im Rahmen einer regulären Krebsvorsorgeuntersuchung entdeckt worden sei. Sie habe nicht damit gerechnet, daß sie von einer bösartigen Tumorerkrankung betroffen sein könnte, da es sich bei den beiden früheren Tumorentfernungen jeweils um gutartige Geschwulste gehandelt habe. Nach einer Besprechung mit ihrem ambulant behandelnden Gynäkologen habe sie sich zu einer sofortigen stationären Behandlung entschlossen. Gemeinsam mit ihrem Ehemann habe sie sich im Krankenhaus von einem Operateur über die verschiedenen chirurgischen Verfahren und die Folgebehandlungen im Falle einer Karzinomkrankung beraten lassen. Eine Woche später sei sie zur operativen Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen worden. Eine Entnahme von Tumorgewebe aus der erkrankten Brust ergab eindeutige Hinweise auf ein Karzinom. Diese Diagnose habe sie ge-



faßt aufgenommen. Zwar habe sie geweint und sich Sorgen um die Zukunft gemacht, jedoch habe sie sich selbst darüber gewundert, daß sie sich so vernünftig verhalten habe. Die eigentliche Operation sei problemlos verlaufen und sie sei 14 Tage später aus der stationären Behandlung entlassen worden. Sie habe sich während der stationären Liegezeit psychisch relativ stabil gefühlt, großes Vertrauen in ihren behandelnden Klinikarzt gesetzt und sie sei mit der gesamten Betreuung im Krankenhaus zufrieden gewesen. Bezüglich des Krankheitsverlaufs sei sie optimistisch gewesen, da ihr von ihrem Arzt gesagt worden sei, daß die histologischen Befunde bezüglich des Tumors auf eine eher günstige Prognose schließen lassen.

Die routinemäßige Durchführung des deutschsprachigen Depression-Status-Inventary (DSI; Zung, 1986a) (Interviewverfahren zur Fremdbeurteilung des Ausmaßes an depressiver Gestimmtheit) ergab keinen Hinweis auf eine depressive Verstimmung. Auch äußerte Frau P. eine realistische Einschätzung bezüglich ihrer Krankheitsprognose. Die Strahlentherapie, die nach der stationären Behandlung in einem anderen Krankenhaus der Stadt durchgeführt werden sollte, wurde von der Patientin als für sie nur wenig bedeutsam dargestellt.

Da zum damaligen Zeitpunkt eine weiterreichende psychologische Betreuung nicht erforderlich war, erfolgte vor der Entlassung aus der stationären Behandlung nur ein abschließendes Gespräch, in dessen Verlauf Frau R. angeboten wurde, daß sie sich jederzeit an uns wenden könne, falls in der Zukunft ein Bedürfnis nach psychologischer Unterstützung entstehe.

In den ersten Tagen nach der Entlassung aus der stationären Behandlung nahm die Patientin in ihrem Haushalt kaum Aufgaben wahr, da ihr Ehemann und die beiden Töchter sie liebevoll umsorgten. Sie verbrachte die meiste Zeit liegend, schlief viel und versuchte, sich die Zeit mit Lesen oder Fernsehen zu vertreiben.

### Psychologische Intervention im Verlauf der medizinischen Rezidivprophylaxe

Aufgrund der brusterhaltenden chirurgischen Maßnahme wurde der Patientin eine adjuvante Radiotherapie zur Rezidivprophylaxe mit 30 Bestrahlungssitzungen empfohlen, die eine Woche nach der Entlassung aus der stationären Behandlung beginnen sollte. Circa drei Wochen nach Beginn dieser Strahlentherapie nahm die Patientin mit uns Kontakt auf, da sie nach ihren Angaben einen Partner zur Aussprache suche und sich auf ihren demnächst eintretenden Tod vorbereiten wolle.

## Anamnese der weiteren Krankengeschichte

Frau P. wirkte zu diesem Zeitpunkt müde, abgespannt und mimisch verarmt; sie war allseits orientiert, es lagen keine Anzeichen für eine psychotische Erkrankung oder eine akute Suizidgefährdung vor. Die Patientin gab an, daß sie vor dem ersten Bestrahlungstermin nur vage Vorstellungen darüber gehabt habe, was auf sie zukomme. Im Krankenhaus habe sie kaum Informationen über den Verlauf einer Bestrahlungsbehandlung erhalten, jedoch habe sie sich darüber auch kaum Gedanken gemacht, da sie sich durch die Operation ihrer Hauptsorge, „einen Tumor zu haben“, enthoben sah. Sie habe die Bestrahlungsbehandlung als notwendige Folgebehandlung der brusterhaltenden Operation gesehen und sei davon ausgegangen, daß sie die Therapie „halt durchstehen“ müsse; danach gehe das Leben schon weiter.

Mit dem ersten Besuch der Strahlenabteilung der Klinik sei in ihr eine „Welt zusammengebrochen“. Sie habe sich mit einer sterilen, technisierten Umgebung konfrontiert gesehen, in der sie als eine „Nummer“ behandelt worden sei. Sie habe verschiedene, durch ihre jeweilige Karzinomerkkrankung entstellte Menschen gesehen (insbesondere Patienten mit Pharynx- und Larynx-Tumoren) und durch diesen Anblick erkannt, daß Karzinomerkkrankungen mit gravierenden äußeren Anzeichen der Erkrankung einhergehen können. Sie habe sich eingestehen müssen, daß sie sich vor möglichen Metastasen ihrer Krebserkrankung fürchte und erwarte, daß sie durch ein Fortschreiten ihrer Erkrankung ebenfalls äußerlich entstellt würde. Auch habe sie Gespräche zwischen Mitpatienten über die unangenehmen Nebenwirkungen der Radiotherapie (Hautverbrennungen, Durchfälle etc.) gehört. Diese Informationen hätten sie zu der Überzeugung gelangen lassen, daß die Bestrahlungen bei ihr mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu negativen körperlichen Symptomen führen müssen und damit ein Fortschreiten der Erkrankung unausweichlich sei.

Wie sie an diesem Tag vom Krankenhaus nach Hause gekommen sei, wisse sie nicht mehr. Sie könne sich nur daran erinnern, daß sie sofort nach der Bestrahlung die Klinik fluchtartig verlassen habe. Sie sei vor Entsetzen innerlich völlig erstarrt gewesen. Über diese für sie erschreckende Erfahrung habe sie mit niemandem sprechen können. Zwar habe ihr Mann sie an jenem Tag mehrfach gefragt, ob die Strahlenbehandlung für sie sehr belastend gewesen sei, jedoch habe sie nur eine vage Auskunft gegeben. Sie habe sich in das Schlafzimmer zurückgezogen und dort über das Erlebte nachgegrübelt. Das Ausmaß ihrer Erkrankung und die möglichen letalen Folgen seien ihr an diesem Tag zum ersten Mal tatsächlich bewußt geworden. Sie habe eine schlaflose Nacht verbracht und darüber nachgedacht, wann sie sterben werde und was sie vor ihrem Tod noch erledigen müsse.

Seit jenem Zeitpunkt lebe sie wie in Trance. Sie habe an allen Dingen, die ihr wichtig gewesen seien, das Interesse verloren. Die vielen Aufmunterungsversuche seitens ihrer Familie oder seitens des Freundeskreises könne sie kaum ertragen. Sie könne es kaum verstehen, daß man sich noch um sie bemühe, wo das Todesurteil doch bereits über sie gefällt worden sei. Über ihre Gedanken und Gefühle könne sie mit niemandem sprechen, da sie den anderen ihren baldigen Tod verheimlichen möchte. Sie habe gehäuft über einen Suizidversuch nachgedacht, habe die Idee jedoch verworfen, da sie ihrer Familie ein derartiges Leid ersparen wolle.

Sie könne kaum etwas essen, in den Nächten liege sie fast ausschließlich wach im Bett. Selbst für kleinste Arbeiten im Haushalt habe sie keine Energie, an ihre Arbeit als Übersetzerin würde sie erst gar nicht denken. Seit Beginn der Bestrahlungsbehandlung (drei Wochen vor dem Erstgespräch) habe sie sechs Kilo Körpergewicht verloren. Während sie an den ersten Tagen der Bestrahlungstherapie noch darüber nachgedacht habe, wie sie die Vielzahl von Dingen, die vor ihrem zu erwartenden Tod noch zu regeln seien, erledigen solle, habe sie nun auch daran das Interesse verloren. Deshalb habe sie in den letzten Tagen vor dem psychologischen Gespräch ernsthaft erwogen, die Bestrahlungstherapie abubrechen. Sie gehe davon aus, daß sie in jedem Fall bald sterben müsse, deshalb sei es auch nicht mehr notwendig, die Bestrahlungen durchführen zu lassen. Falls sie sich zum Abbruch entschließen würde, habe dies zum einen den Vorteil, daß sie die körperlichen Beschwerden der Bestrahlungen nicht mehr ertragen müsse (Hautirritationen, Magen-Darmschmerzen), zum anderen habe sie dann keinen weiteren Kontakt mehr zu Krebsmitpatienten, wodurch sie sich erleichtert fühlen würde.

## 2 Psychologische Diagnostik

Nach der Anamnese der weiteren Krankengeschichte erfolgte eine testpsychologische Differentialdiagnostik. Es wurde erneut eine Fremdbeurteilung bezüglich des Ausmaßes an depressiver Gestimmtheit mittels des DSI (Zung, 1986a) durchgeführt. Frau P. bearbeitete folgende Selbstbeurteilungsskalen: Die deutsche Version der „Self-Rating-Depression-Scale“ (SRD; Zung, 1986b) und den „Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung“ (FKV102; Muthny, 1989).

Auf den beiden Skalen zur Depressionserfassung ergab sich jeweils ein Indexwert von 65 (SRD) und 63 (DSI). Beide Werte sprechen für eine mittelschwere Depression.

Die Ergebnisse der einzelnen Subskalen des FKV102 sind in Abbildung 1 dargestellt.

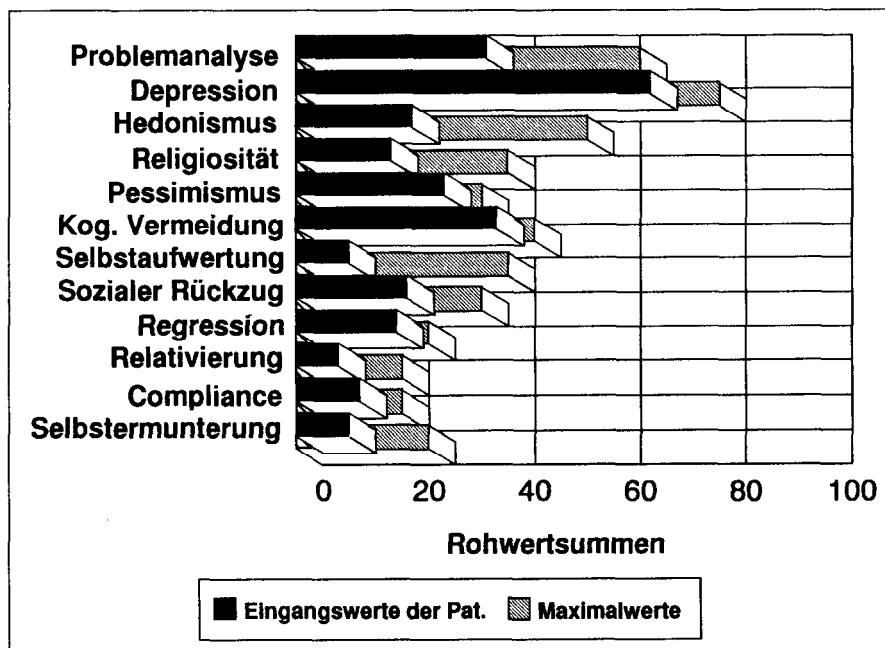


Abbildung 1: Eingangsbefund der Patientin auf den Subskalen des FVK102

Die Patientin beschrieb sich im FKV102 als stark depressiv, pessimistisch, kognitiv vermeidend, sozial sehr zurückgezogen, deutlich regressiv, kaum selbstermutigend. Weiterhin gab sie an, daß sie sich kaum in der Lage sähe, sich selbst etwas Gutes zu tun oder sich selbst aufzuwerten, in einer religiösen Hinwendung eine durchschnittlich ausgeprägte Hilfe sehe, durchschnittlich problemlöseorientiert sei, ihre eigene Situation durch den Vergleich mit anderen durchschnittlich gut relativieren könne und eine durchschnittlich ausgeprägte Compliance gegenüber der somatischen Therapie zeige. Unter Berücksichtigung der Befunde von Herschbach & Henrich (1987) sowie Filipp (1987) bezüglich positiver Formen der Krankheitsbewältigung bei Karzinompatienten läßt sich die geringe Selbstermutigungsneigung und das nur durchschnittlich ausgeprägte Vermögen der Patientin, die aktuelle Situation zu bagatellisieren, in engem Zusammenhang mit der negativen Gesamtstimmung der Patientin sehen.

Folgende Kriterien einer Major Depression gemäß DSM-IV (nach Saß, Wittchen & Zaudig, 1996, S. 387 f.) lagen bei der Patientin über eine längere Periode als zwei Wochen vor:

1. depressive Verstimmung die meiste Zeit des Tages,
2. deutlich vermindertes Interesse oder Freude an fast allen Aktivitäten,
3. Gewichtsverlust ohne Diät von mehr als 5 % des Körpergewichts in einem Monat,
4. Schlaflosigkeit,
5. wiederkehrende Gedanken an den Tod.

Es ergaben sich keine Hinweise auf einen organischen Faktor, der die Depression hervorgerufen hatte (wie z. B. hirnorganische Veränderungen), es handelte sich um keine Trauerreaktion oder um ein wahnhaftes Erleben.

Unter Berücksichtigung der Explorationsergebnisse und der o. g. Fragebogenwerte bzw. des Interviewergebnisses wurde bei der Patientin eine Einzelepisode einer „Major Depression“ mittleren Schweregrades (Achse 1: 296.22, DSM-III-R) diagnostiziert. Nach dem DSM-III-R handelte es sich nicht um eine Anpassungsstörung mit depressiver Gestimmtheit, da vor dem Explorationsgespräch länger als zwei Wochen ein voll ausgeprägtes depressives Syndrom bestand.

### 3 Erklärungsansätze für das Entstehen der psychischen Beeinträchtigung

Um die Auslösung der depressiven Symptomatik zu erklären, müssen zwei Antezedenzbedingungen berücksichtigt werden:

1. Das diagnostizierte Mammakarzinom stellt eine schwerwiegende körperliche Erkrankung dar und ist als ein negatives kritisches Lebensereignis zu bewerten.
2. Trotz der Beurteilung der Erkrankung als extrem belastendes Lebensereignis verleugnete die Patientin zunächst das Ausmaß ihrer Krankheit (über die Schwere der Erkrankung machte sich die Patientin keine Gedanken, krankheitsbezogene Informationen wurden ignoriert, die Auswirkungen der Krankheit auf das tägliche Leben unterschätzt). Diese Verleugnung erlaubte es der Patientin, während der stationären Behandlung so zu tun, als wäre kaum etwas geschehen. Die emotionale Belastung konnte dadurch in Grenzen gehalten werden.

Die Depression wurde ausgelöst, als Frau P. zu Beginn der ambulanten Strahlentherapie mit der Krankheit „Krebs“ durch die Beobachtung betroffener Mitpatienten massiv konfrontiert wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt konnte sie aufgrund ihrer Informationen und Kognitionen über die Behandlung ihres Mammakarzinoms davon ausgehen, daß die Krankheit

durch die operative Maßnahme behoben ist und die Bestrahlung eine Präventivmaßnahme darstellt. Die Erfahrung, daß Karzinomerkrankungen progredient sein können und mit sichtbaren Krankheitszeichen einhergehen können, führen zu einer dramatischen Veränderung ihrer Annahmen über den Verlauf von Karzinomerkrankungen. Dabei ist die Patientin nicht in der Lage, die möglicherweise völlig anderen Krankheitsvoraussetzungen ihrer Mitpatienten zu berücksichtigen. Vielmehr attribuiert sie alle negativen Ereignisse, die mit einer Karzinomerkrankung in Zusammenhang stehen können, automatisch auf ihre eigene Situation.

Folgende Faktoren waren dafür mitverantwortlich, daß die Konfrontation so massiv erfolgte:

Die Bestrahlungsbehandlung wird erst nach geraumer Wartezeit durchgeführt. Es erfolgt keinerlei psychische Zuwendung durch das medizinische Personal. Die Patientin ist mit einer Vielzahl weiterer Karzinompatienten konfrontiert, die zum Teil sichtbare Zeichen ihrer Krankheit tragen. Die Patientin

1. ist enttäuscht darüber, daß sich niemand um sie kümmert,
2. stellt fest, daß eine Karzinomerkrankung sichtbare Zeichen an Patienten hinterlassen kann und diese Krankheit möglicherweise tödlich sein kann,
3. empfindet Angst und Niedergeschlagenheit bei dem Gedanken, daß u. U. auch sie sichtbare Zeichen der Krankheit tragen und daran versterben kann.

Frau P. läßt sich zwar bestrahlen, verhält sich jedoch passiv. Anweisungen des Personals müssen mehrfach wiederholt werden, da sich die Patientin nicht in der Lage sieht, auf die entsprechenden Anweisungen sofort zu reagieren. Im Anschluß an die Behandlung verläßt sie fluchtartig die Klinik. Die Patientin empfindet eine massive Niedergeschlagenheit über ihren körperlichen Zustand, sie antizipiert für die nähere Zukunft ihren Tod und erwägt den Abbruch der Radiotherapie, um sich mit den möglichen Folgen der Erkrankung nicht mehr unmittelbar auseinandersetzen zu müssen.

## 4 Psychologische Intervention

Um das tatsächliche Ausmaß der Erkrankung und die Prognose zu erfahren, wurde in Absprache mit der Patientin zunächst Kontakt zu dem behandelnden Gynäkologen aufgenommen. Dieser beurteilte die Prognose der Patientin aufgrund der Tumorgröße, dem homolateralen axillären Lymphknotenstatus und dem Hormonrezeptorstatus durchweg günstig. Die Pa-

tientin sei aufgrund ihres körperlichen Zustandes „alles andere als präfinal“. Seitens des Gynäkologen wurde jedoch die Notwendigkeit einer Fortsetzung der Bestrahlungsbehandlung zur Rezidivprophylaxe mehrfach betont.

Unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientin und den Angaben des behandelnden Gynäkologen wurden folgende Ziele für die psychologische Intervention definiert:

1. Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu der Patientin und Akzeptanz sowie Reflexion der Todeserwartungen.
2. Auseinandersetzung mit der Diagnose und Verdeutlichung der Aussage, die sich aus den objektiven Befunden ergibt.
3. Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung für oder gegen den Abbruch der Radiotherapie im Sinne des Problemlösevorgehens nach D’Zurilla & Goldfried (1971).
4. Modifikation irrationaler Kognitionen anhand des Tagesprotokolls negativer Gedanken (Beck et al., 1981) und der Reattribuierungstechnik.
5. Aktivitätsaufbau und Veränderung des Schlafverhaltens.

Da sich die Patientin in einer akuten Krisensituation befand, war eine intensive Betreuung der Patientin zu Therapiebeginn im Sinne einer Krisenintervention vonnöten. Deshalb wurden mit Frau P. wöchentlich zwei Termine vereinbart. Im Verlauf der ersten beiden Sitzungen wurde der Patientin die Möglichkeit gegeben, ihre Ängste und Todesgedanken sowie ihre Vorstellungen über ihre weitere gesundheitliche Entwicklung zu verbalisieren. Die therapeutische Intervention wurde auf ein Paraphrasieren und Reflektieren der Äußerungen der Patientin beschränkt. Die Patientin nahm jedoch weiterhin in dem vorgesehenen Rhythmus die Bestrahlungstermine wahr. Frau P. gab in der folgenden Sitzung an, daß sie nach wie vor unentschieden sei, ob sie die Bestrahlungen weiter „ertragen“ solle oder nicht. Sie berichtete, daß sie über die vorangegangenen psychotherapeutischen Gespräche nachgedacht habe und ihr aufgefallen sei, daß ihr seitens der Therapeutin bezüglich ihrer pessimistischen Gesundheitseinschätzung nicht widersprochen worden sei. Dies sei zu allen übrigen Gesprächen, die sie mit Angehörigen oder Ärzten geführt habe, inkongruent.

Im Verlauf der nächsten Sitzung wurde mit der Patientin ein „sokratischer Dialog“ zur Verdeutlichung der Diskrepanz zwischen den objektiven medizinischen Befunden zu der Karzinomkrankung und der Bewertung der Erkrankung durch die Patientin geführt. Die Patientin konnte am Ende des Gespräches nachvollziehen, weshalb ihre subjektive Bewertung des Krankheitsverlaufes kaum den realen Begebenheiten entspricht. In weiteren Therapiesitzungen wurden der Patientin, in Absprache mit ihrem behandelnden Gynäkologen, Informationen über ihre Erkrankung gegeben

und es wurden mit ihr die kurz- und langfristigen Vor- und Nachteile der Fortführung der Bestrahlungsbehandlung besprochen. Zu Beginn der folgenden Therapiesitzung berichtete die Patientin: „Der Verstand sagt mir, mach’ weiter mit der Bestrahlung.“ Gefühlsmäßig fühle sie sich bei dieser Entscheidung jedoch sehr unglücklich, da sie nicht wisse, wie sie ihre Niedergeschlagenheit und ihre Antriebslosigkeit bekämpfen solle. Aus diesem Grund wurde der Patientin das Tagesprotokoll negativer Gedanken (Beck et al., 1981) erklärt und die von der Patientin vorgenommenen Eintragungen in der jeweils nächsten Sitzung besprochen. Der therapeutische Prozeß wurde ab diesem Zeitpunkt durch die Tatsache, daß die Patientin bereits mehr als zwei Drittel der Bestrahlungen absolviert hatte, erheblich unterstützt. Es konnte ein Aktivitätsaufbau durchgeführt werden und die Patientin wurde zur Einhaltung von Regeln für die Schlafhygiene motiviert.

Nach der Beendigung der Bestrahlungstherapie wurden die Therapiesitzungen auf wöchentliche Termine ausgedehnt. Zwar bestanden bei der Patientin nach wie vor deutliche depressive Symptome, jedoch hatte sich die Stimmung im Vergleich zum Beginn der Behandlung deutlich aufgehellt und sie hatte ihre Kognitionen bezüglich eines baldigen Todes verändert. In dieser Phase der Therapie wurde mit der Patientin mehrfach der bevorstehende Untersuchungstermin zur Krebsnachsorge thematisiert. Die Patientin berichtete, daß sie in ihrer häuslichen Umgebung immer wieder über ein mögliches Rezidiv der Karzinomerkrankung nachgrüble. Die z. T. irrationalen Kognitionen wurden gemeinsam mit der Patientin besprochen und reattributioniert.

Nachdem die Krebsnachsorgeuntersuchung ohne Befund abgeschlossen war, rückte die Patientin nach ihren eigenen Angaben verstandesmäßig und emotional von der Annahme einer infausten Prognose ihrer Erkrankung ab. Sie könne nun wieder in die Zukunft blicken, ohne sofort an ein Rezidiv der Erkrankung oder ihren baldigen Tod zu denken. Aus diesem Grund habe sie sich mit ihrem Ehemann zu einem gemeinsamen Urlaub entschlossen.

Nach ihrer Rückkehr von der Urlaubsreise berichtete Frau P., daß sie wieder Appetit verspüre, ausreichend lange schlafen könne und Mut bezüglich ihrer Zukunft schöpfe. Ihre psychische Verfassung erwies sich in den folgenden Therapiesitzungen als stabil. Aus diesem Grund wurde die Therapie im gegenseitigen Einverständnis beendet.



## Evaluation der Intervention

Die Abschlußdiagnostik mittels der Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen zur Einschätzung der depressiven Gestimmtheit (SRI, DSI) und des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV102) ergab die in den Abbildungen 2 und 3 dargestellten Ergebnisse.

Das Ausmaß an depressiver Gestimmtheit wurde im DSI mit 41, im SRD mit 42 Indexpunkten beurteilt. Beide Werte liegen entsprechend der Normierungsvorgaben (Zung, 1986a, 1986b) unter dem kritischen Wert (Indexwert 50) für eine depressive Verstimmung.

Im FKV102 beschrieb sich die Patientin im Vergleich zur Ersterhebung als deutlich weniger depressiv verstimmt (Summenwert pre 67; Summenwert post 37), weniger pessimistisch (pre 30; post 20) und weniger regressiv (pre 20; post 15). Weiterhin gab sie an, weniger kognitives Vermeidungsverhalten bezüglich ihrer Erkrankung zu zeigen (pre 38; post 15), schilderte sich als sozial weniger zurückgezogen (pre 31; post 13), deutlich problemlöseorientierter (pre 36; post 53), stärker selbstermutigend (pre 10; post 17) und selbstaufwertend (pre 10; post 28) sowie hedonistischer (pre 22; post 34). Das Ausmaß an Religiosität wurde als gleichbleibend bewertet (pre 18; post 18). Die Compliance gegenüber ärztlichen Behandlungsempfehlungen wurde als größer beurteilt (pre 12; post 17) und Frau P. gab an, daß sie ihre eigene Situation im Vergleich mit anderen besser relativieren könne (pre 8; post 15).

## Psychologische Betreuung in der Rezidivphase

Circa sechs Monate nach Abschluß der oben beschriebenen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung meldete sich Frau P. bei uns, da ihr Gynäkologe erneut einen „Knoten“ in der bereits operierten Brust diagnostiziert hatte und sie deshalb wieder in die stationäre Behandlung kam. Seitens der behandelnden Gynäkologen war eine operative Entfernung des Knotens geplant. Präoperativ konnte keine Aussage darüber getroffen werden, ob es sich um einen malignen Tumor oder um eine gutartige Verhärtung in der Brust handelte.

Frau P. wirkt zum Zeitpunkt der stationären Einweisung äußerlich sehr gefaßt. Sie gab an, daß sie sich während der vorangegangenen Monate intensiv darum bemüht habe, wieder ein normales Alltagsleben zu führen. Zum Großteil sei ihr dies gelungen; sie habe sich um ihre Familie gekümmert, erneut Übersetzungsarbeiten erledigt und wieder mit dem Geigenspiel begonnen. Ihre Gedanken und Befürchtungen über das Auftreten von

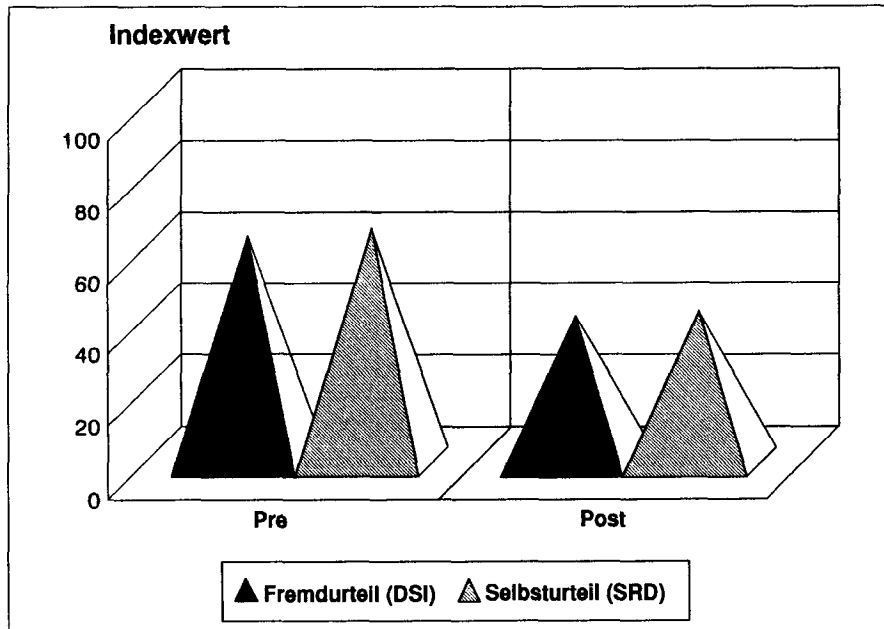


Abbildung 2: Vergleich der Depressionsmaße

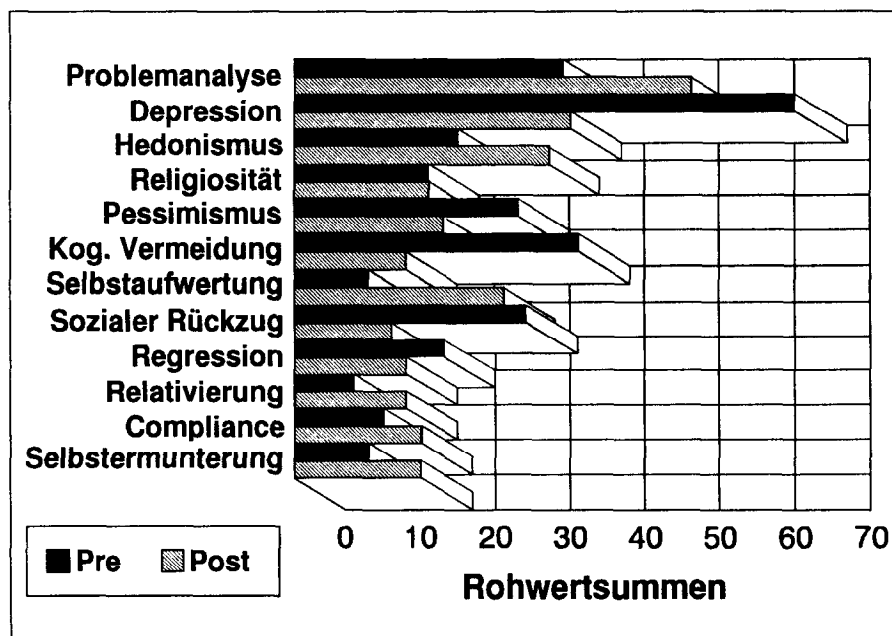


Abbildung 3: Pre-Post-Vergleich auf den Subskalen des FKV102

Metastasen oder einen erneuten Primärtumor habe sie ihrem Mann mitteilen können, der eine „erstaunlich große Geduld“ gezeigt habe. Allerdings habe sie in den letzten Wochen vor der erneuten Befundung Angst vor der wöchentlichen Selbstpalpation gehabt, die ihr seitens des ambulant behandelnden Gynäkologen nahegelegt worden war. Es sei ihr schwer gefallen, ihre Brüste gründlich abzutasten und sie habe ihren Mann bei sexuellen Kontakten davon abgehalten, sie am Busen zu berühren. Sie könne nicht genau erklären, weshalb sie plötzlich Angst vor Berührungen der Brust empfunden habe.

Um die vertrauensvolle Beziehung zu der Patientin nicht zu gefährden, wurde im Verlauf des Explorationsgesprächs darauf verzichtet, die genauen Ursachen der Angst vor der Selbstpalpation zu eruieren. Eine mögliche Ursache der geschilderten Angst lag u. U. darin, daß die Patientin den Knoten bereits vor Wochen ertastet hatte und aus Angst vor den Konsequenzen seine Existenz leugnete.

Die Operation erfolgte bereits am zweiten Tag nach Aufnahme in die stationäre Behandlung. Am gleichen Tag wurde Frau P. mitgeteilt, daß es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um eine gutartige Gewebsveränderung handle. Eine exakte Aussage lasse sich jedoch erst nach genauer histologischer Untersuchung der Gewebsprobe treffen. Am ersten postoperativen Tag berichtete die Patientin von ihrer großen psychischen Erleichterung über den vorläufigen Befund. Sie gab jedoch an, daß sie ein starkes Vermeidungsverhalten zeige, wenn es um das Anschauen des Verbandes auf der operierten Brust oder um eine Berührung der Brüste gehe, da sie jedesmals denke, „jetzt ist schon wieder was los“.

In den verbleibenden Tagen der stationären Behandlung wurde die Patientin in einem gemeinsamen Gespräch mit dem behandelnden Gynäkologen und uns ausführlich über die Notwendigkeit regelmäßiger Selbstpalpationen der Brüste und Lymphknotenregionen informiert. Darüber hinaus wurde mit der Patientin vor einem Spiegel in einem gestuften Vorgehen das Anschauen, Berühren und Abtasten der Brüste und Lymphknotenregionen geübt.

Die Ergebnisse der histologischen Gewebsuntersuchungen waren unauffällig. Am Entlassungstag gab die Patientin an, daß sie sich psychisch stabil genug fühle, ihr Alltagsleben wieder aufzunehmen und sie versuchen wolle, die Selbstuntersuchungen regelmäßig durchzuführen.

## 5 Resümee

Eine der Besonderheiten psychologischer Interventionen bei Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen zeigt sich in dem geschilderten Fall recht deutlich: Die Art und der Zeitpunkt des Beginns einer psychologischen Intervention wird nicht nur durch den Verlauf der Grunderkrankung, sondern auch durch das Gelingen der Krankheitsbewältigung maßgeblich beeinflusst. Bei der Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen ist es für Psychologen deshalb notwendig, neben einer guten Therapieausbildung auch über ein Basiswissen zur jeweiligen Erkrankung zu verfügen und im intensiven Informationsaustausch mit den jeweils behandelnden Ärzten zu stehen. Nur dadurch ist eine Ableitung sinnvoller Ziele für psychologische Interventionen und damit eine hilfreiche Beratung des Patienten gewährleistet. Psychologische Interventionen bei chronischen Erkrankungen können deshalb besonders gut im Rahmen psychologischer Konsiliar- und Liaisonarbeit geleistet bzw. angebahnt werden (vgl. Ehlert, 1998).

Bei allen psychologischen Interventionen, mit denen versucht wird, den Verlauf chronischer Erkrankungen positiv zu beeinflussen, ist – auch das zeigt der Fall recht deutlich – die individuelle Krankheitsverarbeitung bzw. – bewältigung zu berücksichtigen. In dem dargestellten Fall wurde eine psychologische Intervention notwendig, als die Patientin mit ihrer Krankheit massiv konfrontiert wurde und sie ihre Verleugnungstendenzen aufgeben mußte. Die Konfrontation entstand maßgeblich durch den Kontakt zu anderen Karzinompatienten während der Radiotherapie und ließ die irrationale Überzeugung entstehen, bald sterben zu müssen. Obwohl diese Überzeugung im Widerspruch zum medizinischen Befund stand, war sie Auslöser der Depression und Beweggrund, eine psychologische Beratung in Anspruch zu nehmen. Entsprechend wichtig war es, während der Beratungsgespräche auf die irrationale Überzeugung Einfluß zu nehmen. Der Widerspruch zwischen objektivem medizinischen Befund und subjektiven Überzeugungen der Patientin ergab das Grundgerüst der Intervention.

Eine wichtige Einflußgröße bzgl. der psychischen Bewältigung chronischer Erkrankungen stellt das soziale Umfeld des Patienten dar. In unserem Fallbeispiel zeigte sich, daß die Familie eine wichtige Quelle sozialer Unterstützung und Geborgenheit darstellte, aber nur solange, wie die Patientin selbst relativ hoffnungsvoll war. Die Grenzen familiärer Unterstützung wurden aber deutlich, als sich bei der Patientin als Reaktion auf die o. g. Überzeugung, bald sterben zu müssen, eine Depression entwickelte. In dieser Situation war es Frau P. dann nicht mehr möglich, die familiären Hilfsangebote anzunehmen. Möglicherweise erlaubte die emotionale Nähe

zu den einzelnen Familienmitgliedern es der Patientin nicht, ihre tatsächlichen negativen Empfindungen zu verbalisieren. Dies bedeutet, daß ein positives soziales Umfeld nicht immer die professionelle psychotherapeutische Hilfe ersetzen kann, wenngleich häufig von Patienten mit chronischen Erkrankungen geäußert wird, daß die Familie eine wichtige Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung darstelle.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß eine psychologische Intervention bei chronischen Krankheiten weniger an einem schulenspezifischen Therapiemodell orientiert werden kann, als vielmehr versucht werden sollte, pragmatisch Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung anzubieten, wobei die Art der Betreuung dem Verlauf der Grunderkrankung folgen muß.

## Literatur

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.
- D’Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126.
- Ehlert, U., (1998). *Psychologie im Krankenhaus*. Bern: Huber.
- Filipp, S.H. (1987) *Bewältigung kritischer Lebensereignisse im Erwachsenenalter: Befunde aus zwei Längsschnittstudien*. Trier: Forschungsbericht der Universität Trier.
- Forsen, A. (1991). Psychosocial stress as a risk for breast cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 176–185.
- Herschbach, R. & Henrich, G. (1987). Probleme und Problembewältigung von Tumorpatienten in der stationären Nachsorge. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 37, 185–192.
- International Union Against Cancer (1987). *TNM. Klassifikation maligner Tumoren*. Berlin: Springer.
- Knörr, K., Knörr-Gärtner, H., Beller, F.K. & Lauritzen, C. (1989). *Geburtshilfe und Gynäkologie* (3. Auflage). Berlin: Springer.
- Levy, S. (1989). Kognitiv-behaviorale Risikofaktoren für den Verlauf von Karzinom-erkrankungen. In I. Hand & H.U. Wittchen (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Medizin* (S. 284–300). Heidelberg: Springer.
- Muthny, F.A. (1989). *FKV – Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Priestman, T.J., Priestman, S.G. & Bradshaw, C. (1985). Stress and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 51, 493–498.
- Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Senn, H.J., Drings, P., Glaus, A., Jungi, W.F., Sauer, R. & Schlag, P. (1986). *Checkliste Onkologie*. Stuttgart: Thieme.
- Zung, W.K. (1986a). DSI – Depression Status Inventory. In CIPS – Collegium Interna-

- tionale Psychiatriae Sclarium (Eds.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Zung, W.K. (1986b). SDS – Self Rating Depression Scale. In CIPS – Collegium Internationale Psychiatriae Sclarium (Eds.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz Test GmbH.

## Sachregister

### A

- Abhängigkeit 139, 157, 164
- Abstinenz 139, 148, 152, 161, 169
- Abstinenzerscheinungen 142, 148
- Abstumpfen des emotionalen Empfindens 52
- Adipositas 241, 242, 246, 248
- adjuvante Radiotherapie zur Rezidivprophylaxe 392
- affektiver Syndrombereich 104, 108
- Affektstörungen 344
- Agoraphobie 13, 27, 37, 121, 122, 124, 127, 129, 134
- Agoraphobie mit Panikstörung 122
- Aktives Vermeiden 335
- Aktivität 104, 108, 112, 113, 115, 116
- Aktivitäts-Tagebuch 44
- Aktivitätsaufbau 112, 113, 398
- akute Belastungsstörung 52
- Alexithymie-Konzept 190
- Alkohol-Mißbrauch 24
- Alkoholabhängigkeit 360
- Alkoholabusus 349
- Alkoholentwöhnung 147
- Alkoholismus 79, 139
- Alkoholkonsum 161
- Alkoholmißbrauch 329, 349, 357
- Alkoholverlangen 140
- Alpträume 51
- Analyse der Paarinteraktion 301
- Angssymptomatik 43
- Angst 12, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 31, 76, 82, 103, 105, 107, 108, 109, 112, 113, 115, 133, 213, 232, 316
- Angst-Reduktions-Modell 81
- Angstanfälle 37
- Angstanfalls-Tagebuch 44
- Angstdepressionen 102
- Ängste 7, 9, 10, 23, 26, 32, 77, 79, 124, 130, 216
- Ängstlichkeit 93
- Angststörungen 91
- Anhedonie 344
- Anonyme Alkoholiker 140
- Anorexia nervosa 241, 246, 247, 255, 258
- Anpassungsstörung 59
- Anti-Diät Modell 256
- Antidepressiva 102, 103, 307
- Antisoziales Verhalten 164, 166, 168
- Antizipationen 142
- Antriebslosigkeit 106
- arousal 111
- Arteria cerebri 381
- Asthma bronchiale 325
- Attributionen 16, 30, 111
- Aufbau positiver Aktivitäten 97
- aufdringliche Gedanken 76
- Aufrechterhaltung chronischer posttraumatischer Symptomatik 62
- Austauschtheorie 303
- Autonomie 128
- aversive Konditionierung 316

### B

- Balbutiogramm 265
- Basalganglien 329, 332
- Basisstörungen 362
- BDI 93

Beeinflussungswahn 344  
Befürchtungen 10  
Belastungen 96  
Benzodiazepine 43  
Beschäftigungstherapie 149  
Bestrahlungsbehandlung 393, 398, 399  
Bewältigungsstrategien 91  
Bewältigungsverhalten 357, 360  
Beziehungsgestaltung 286  
Beziehungsprobleme 131  
Beziehungsstörungen 295, 298  
Binge-Eating/Purging Typus 241  
biographische Methode 1  
Blutdruck 316  
Body Mass Index (BMI) 246  
Botulinum-Toxin 326  
Brain Mapping 374  
Bulimie 119, 241, 243, 244, 245, 247, 248, 254, 255, 258

## C

Chronische Krankheiten 389  
chronische PTB 58  
Colitis ulcerosa 325  
Compliance 131, 350, 360, 361, 363, 395, 400  
Coping 305, 362

## D

Demenz 350  
Demenzerkrankungen 91  
Dependenz 128  
Depersonalisation 105, 111, 345  
Depression 27, 41, 47, 74, 97, 99, 103, 106, 111, 113, 119, 247, 277, 295, 394, 396  
Depression-Status-Inventory 392  
Depressionsskala D-S' 283  
depressive Episode 102, 103  
depressive Gestimmtheit 400  
depressive Symptomatik 44  
Depressivität 107, 108  
Deprivation 319  
Derealisation 41, 345  
Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen 232

Diathese-Streß-Modell 332, 336  
Diskretionsfalle 315  
Diskriminationstraining 211  
diskriminative Stimuli 333, 338  
dissoziative Störung 199, 202  
doctor shopping 183  
Drogenabhängigkeit 155, 156  
dysfunktionale Kognitionen 30  
dysfunktionale Schemata 302  
Dyspnoe 39  
Dysthyme Störung 44  
Dysthymes Syndrom 41  
Dysthymie 89, 91, 92, 106  
Dystonie 325, 330

## E

EDI Eating Disorder Inventory 248  
EEG 371, 381  
Ehe-/Paartherapie 296  
Ehequalität 296  
Einbeziehung des Partners 66  
Einschlaflatenz 278, 284, 289  
Einstellung zum Schlaf 286  
Einstellungsänderungen 321  
Einzelfall 1  
Einzelfall-Analyse 3  
emotional processing 16, 18  
Emotionen 8, 76, 169, 322  
endogene Depression 101, 105, 107, 109  
Energielosigkeit 106  
Entkatastrophisieren 98  
Entspannung 145, 286, 287, 337, 387  
Entspannungsgruppe 238  
Entspannungstraining 272  
Entwicklungsstottern 262  
Entzugssymptome 155  
Epilepsie 127  
ereigniskorrelierte Hirnrindenaktivität 374  
Erfolgskontrolle 44  
erlebte Hilflosigkeit 390  
Ermüdbarkeit 105  
Ernährungsmanagement 255  
Erregungszustand 344  
Erschöpfungsdepression 216  
Erwartung(en) 17, 30



- Erwartungsängste 25  
Eßanfälle 247  
essentieller Bluthochdruck 325  
essentieller Kopf- und Handtremor 325  
Eßstörung(en) 91, 221, 248, 253, 254  
Exposition 83, 130, 133, 171, 194, 256  
extrapyramidale Erkrankungen 325
- F**  
familiäre Interaktion 157, 162  
Familien-Intervention(en) 172, 173, 386  
Familienklima 345  
Fehlinterpretationen 47, 49  
Flashbacks 51  
Fluchtverhalten 25  
Formale Denkstörungen 344  
Fragebogen zum Eßverhalten FEV 248  
Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung 394, 400  
Funktionelle Sexualstörung 313  
Furcht 12, 27  
Furchtnetzwerk 62
- G**  
Gebärdensprache 272  
Gedächtnisfunktionen 376  
Gedankenausbreitung 343  
Gedankeneingebung 344  
Gedankenentzug 344  
Gedankenexperiment 45  
Gedankenstopp 338, 339  
Gedankenunterdrückung 63, 65  
Gedankliche Ebene 10  
Gefühl der Überforderung 104  
Gelernte Hilflosigkeit 111  
Generalisierte Angst 107  
generalisierte Angststörung 41  
Generalisierung 42, 43, 316  
gerichtliche Auflage 160, 161  
Gesundheitsbegriff 189  
Gesundheitsrisikoverhalten 140  
Grübeln 63, 65  
Gruppentherapie 149
- H**  
habit reversal 337, 339, 340  
Habituation 46, 65, 234  
Halluzinationen 344, 349, 356, 362  
Haltungsstereotypien 344  
HAMD 93  
Hausaufgaben 113  
Hausbesuch 274  
Heißhungeranfälle 242, 245, 252, 255, 258  
hilfesuchendes Verhalten 43  
Hilflosigkeit 96, 104  
Hirnfarkt 367  
hirnorganische Veränderungen 396  
histrionische Persönlichkeitsstörung 199, 203, 213  
Hoffnungslosigkeit 102, 104, 105  
homolateraler axillärer Lymphknotenstatus 397  
Hormonrezeptorstatus 397  
Hungern 244  
Hyperventilation 42, 47, 381, 383  
Hyperventilationstetanien 347  
Hypochondrie 229, 231, 232, 235  
Hypoglykämie 41  
Hyposomnie 284  
Hysterie 221, 223, 329  
Hysterische Störung 199, 329
- I**  
Ich-Störungen 343  
Identifizierung und Restrukturierung dysfunktionaler Kognitionen 66  
idiosynkratische Bedeutung des traumatischen Ereignisses 62  
IDS 93  
illusionäre Verkennungen 344  
Imaginativ-kognitive Symptome 105  
in-vivo-Übungen 273  
Induktivismus 3  
Informationsaufnahme und -verarbeitung 111  
Informationsverarbeitung (PTB) 62  
Informationsverarbeitungsprozesse 109  
Inhaltliche Denkstörungen 343  
Inkubation 16  
Insomnie 277, 284, 291  
Interaktionsstörung 119, 295

Interessenverlust 101, 106  
interozeptive Prozesse 16  
Interpersonale Therapie 102  
Introversion 93, 107, 108, 109, 116  
Intrusionen 51

**K**

Karzinomerkrankungen 397  
Katamnese 48, 151  
Kausalattribution 210, 320  
Klassifikation 8  
klassisch konditioniertes Verlangen 171  
klassische Konditionierung 61, 167, 168, 171, 176  
Klonisches Stottern 261  
Kognitionen 399  
kognitive Modelle der Aufrechterhaltung der PTB 63  
kognitive Prozesse 18  
Kognitive Restrukturierung 66  
kognitive Therapie 44, 48, 97  
kognitive Therapie sensu Beck 66  
kognitive Triade 105, 111  
kognitive Umstrukturierung 171  
kognitive Verhaltenstherapie 102  
Kognitive Vorbereitung 44  
kognitives Vermeidungsverhalten 400  
Kommunikation 166, 296, 299, 302, 305, 307, 317  
Kommunikationsdefizite 166  
Kommunikationsregeln 307  
Komorbidität 107, 121, 126, 202, 203, 222, 247  
Kompensation 60  
Kompetenz 128, 321  
konditionierte emotionale Reaktion 61  
Konditionierung 42  
Konflikte 30, 80, 84, 172, 175, 323  
Konfliktgespräche 322  
Konfrontation 18, 31, 32, 65, 68, 84, 98  
Konfrontation in sensu 65  
Konfrontation in vivo 65  
Konfrontationsbehandlung 44, 45, 46  
Kontingenzmanagement 211  
kontrolliertes Trinken 139, 152  
Kontrollverlust 140, 150, 247

Kontrollwahn 344  
Konversionsstörung 329  
Konzentrationsprobleme 52  
Konzentrationschwierigkeiten 105, 111  
Kopfschmerzen 93, 206  
körperliche Beschwerden 11, 179  
körperlicher Beschwerden 26  
Krankenrolle 187  
Krankheitsangst 236  
Krankheitsbewältigung 362, 395  
Krankheitsgewinn 205  
Krankheitsphobien 8  
Krankheitsverhalten 187  
Krankheitsverlauf 390  
Krisenintervention 390, 398  
Krisensituation 398  
kritische Lebensereignisse 345, 390

**L**

la belle indifference 222  
Lageorientierung 97, 110  
Lebenskrisen 91  
Lebenszeitprävalenz für die PTB 52  
Lebenszeitrisiko 90  
Leistungsanforderungen 322  
Leistungsanspruch 286  
Leistungsfähigkeit 105  
Libidoverlust 105, 316  
Lithium 201  
Löschung 61, 65

**M**

Major Depression 89, 106, 395, 396  
Major Depression mit Melancholie 89  
Major Depressive Disorder 106  
Mammakarzinom 389  
massierte Konfrontation 44, 48  
medikamentöse Behandlung 27, 102, 103  
Melancholie 89, 101, 106  
Minussymptome 345  
Mißbrauch 157, 158, 164  
Mißerfolg(e) 3, 30, 86, 152, 322  
Modellernen 304  
Motivation 14, 18, 20, 32, 46, 83, 86, 106, 158

motorische Funktionen 376  
Münchener Persönlichkeitstest 93

## N

nächtliche Wachphasen 278  
Naturkatastrophen 51  
negative Affekte 390  
negative Affektivität 109  
negative kognitive Triade 111  
negative Selbst-Schemata 110  
negative Verstärkung 62  
Negativsymptomatik 350, 352, 353, 363  
Neuroleptika 347, 360  
Neuropsychologische Störung 367  
neuropsychologische Untersuchung 373  
neuropsychologisches Funktionstraining 386  
neurotische Depression 101, 107  
Neurotizismus 91, 93, 107, 108, 109  
nichtsexuelle Gewalt 51  
Noncompliance 358  
Normen und Wertvorstellungen 309

## O

operant konditioniert 167  
Orientierungsreaktion 335

## P

Paarinteraktion 300, 301  
Paartherapie(n) 297, 298, 309, 314, 317  
Palpitationen 39  
Panikanfälle 7, 37  
Panikattacken 213, 216, 224  
Panikstörung 13, 37, 122, 124, 232  
Paradoxe Psychotherapie 132, 322  
Parakinesen 262  
Parkinson 341  
Partnerreaktion 300  
Partnerschaft 296, 309, 315  
Partnerschaftliche Interaktionen 301  
Persönlichkeit 107, 108, 164  
Persönlichkeitsstörung(en) 13, 27, 91, 119, 121, 125, 127, 128, 132, 157, 158, 165, 168, 169, 222, 258, 316  
Phäochromocytome 41  
pharmakologische Therapie 103

Phobie(n) 7, 8, 17, 27, 33, 37, 119, 128, 130, 131, 134  
plausibles Ätiologie-Modell 28  
plausibles Modell 17  
Poltern 266  
Polytoxikomanie 164  
Positivsymptomatik 350  
Posttraumatic Diagnostic Scale 57  
Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) 51  
prädisponierende Faktoren 61, 109, 110, 157  
präfinale Krankheitsphase 390  
prämorbid es Erscheinungsbild 109  
Präokkupation 234  
Präsentierproblem 15  
Prävalenzschätzungen 90  
Prävention der Entwicklung einer posttraumatischen Symptomatik 69  
Problemanalyse 313  
Problemliste 299  
Problemlösen 149, 174, 238, 286, 288, 296, 305, 307, 358, 362, 398  
Problemlösetraining 114  
Problemtrinker 139  
Prodromalphase 345  
protektive Faktoren 108, 109  
psychomotorische Hemmung 106, 107  
Psychomotorische Störungen 344  
psychopathologische Bedingungen 389  
Psychopharmaka 201, 210, 316  
psychophysiologische Reaktionsbereitschaft 186  
Psychophysiologische Störung 325  
psychoreaktive Depression 101  
Psychose 160  
psychosomatische Erkrankungen 325  
psychotrope Substanz 155, 164

## Q

Quadrantektomie 391

## R

Radiotherapie 392, 397  
rational-emotive Therapie 171, 174  
Reaktionsverhinderung 83, 84, 256

- Reattributionierung 49, 398  
 Reattributionierung der Interpretationen 236  
 Reframing 257  
 regressiv 400  
 Reizkonfrontation 130  
 Residualphase 345  
 Restrukturierung kritischer Kognitionen 68  
 Rezidivphase 390  
 Rezidivprophylaxe 362, 392, 398  
 Rigidität 93  
 Risikofaktoren 91, 139, 248, 251, 370, 372  
 Rollenspiele 114, 317, 321  
 Rückfälle 44, 148, 257, 264  
 Rückfallprävention 174  
 Rückfallprophylaxe 44, 47, 49, 67, 149, 152, 238, 257, 270, 340, 363  
 Ruhebilder 287
- S**
- Schiefhals 330  
 Schizophrenie(n) 12, 91, 343  
 Schlaf 277, 278, 281, 285  
 Schlaf/Wach-Rhythmus 278, 286, 287  
 Schlafdauer 277, 284  
 Schlafgewohnheiten 286  
 Schlafhygiene 287  
 Schlafprotokoll 283  
 Schlafstörungen 40, 105, 111, 203, 277, 278  
 Schonverhalten 188  
 Schreckhaftigkeit 52  
 Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen 400  
 Selbstachtung 323  
 Selbstaufmerksamkeit 97  
 Selbstbeobachtung 14, 44, 97, 113, 145, 330  
 Selbsthilfegruppen 258  
 Selbstinstruktionen 287  
 Selbstinszenierung 225  
 Selbstkontrolle 145, 172, 254, 270, 289, 290  
 Selbstmanagement 20, 31, 81  
 Selbstpalpation 402  
 Selbstregulationsmodell der Depression 110  
 Selbstsicherheit 23, 24  
 Selbstunsicherheit 320  
 Selbstverbalisation 339  
 Selbstverstärkung 321  
 Selbstverstärkungsrate 286, 288  
 Selbstwahrnehmung 318  
 selektive Aufmerksamkeit 190  
 Self-Rating-Depression-Scale 394  
 sensorische Prozesse 377  
 Sexualität 296, 300, 304, 309, 315, 316, 319, 320, 322, 323, 324  
 Sexualstörungen 295  
 sexuelle Appetenz 316, 320  
 sexuelle Appetenzprobleme 316  
 sexuelle Gewalt 51  
 sexuelle Störung 295  
 sexueller Mißbrauch 243  
 Sicherheitssignale 39, 43  
 Simultansprechen 267  
 Situationsphobien 8  
 sokratischer Dialog 66, 288, 398  
 Somatisch-physiologische Ebene 11  
 somatisches Syndrom 105, 108  
 Somatisierung 232  
 Somatisierungsstörung 180, 229, 232, 330  
 somatoforme Störung(en) 91, 180, 199, 202  
 somatogene Depression 101  
 somatopathologische Bedingungen 389  
 sozial-kognitive Lerntheorie 303  
 soziale Austauschtheorie 303  
 Soziale Behinderung 354  
 soziale Fertigkeiten 97, 273  
 soziale Interaktion(en) 109, 111  
 soziale Kompetenz 112, 320  
 Soziale Phobie 23, 27, 106, 109, 145  
 soziale Skills 31  
 soziale Unsicherheit 108  
 soziale Unterstützung 345, 358  
 Sozialstörung 268  
 Spezifische Phobie 7, 20  
 spontane Angstanfälle 44  
 Spontanremissionen 38, 263

- Sprachfunktionen 376  
Sprechstörung 265, 268, 275  
Stimulusgeneralisation 61  
Störungen des Ichbewußtseins 344  
Stottern 266, 387  
Streß-Impfungs-Training 19  
Streßbewältigung 235, 238, 338  
Streßmanagement 240, 286  
Streßmanagement-Programm 145  
Streßreduktion 240  
Streßsituation(en) 42, 238  
Stressoren 305  
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID) 92  
Süchte 91  
Suizidalität 26, 107, 109, 111, 115, 116, 160  
Suizidgedanken 105, 107  
Suizidgefahr 102  
Suizidgefährdung 393  
Suizidhandlungen 24  
Suizidrisiko 40  
Supervision 310  
Symptom-Checkliste 232, 239  
Symptomtagebuch 185
- T**  
Tagebuch 64  
Taktische Therapieplanung 171  
testpsychologische Differentialdiagnostik 394  
Teufelskreis 234  
Therapeut-Patient-Beziehung 121, 170, 292  
therapeutische Beziehung 172  
therapeutische Wohngemeinschaft 161, 163, 174, 175  
Therapieinterventionen 48  
Therapiemotivation 306  
Tics 201  
Tierphobien 8  
Toleranzentwicklung 156  
Toleranzerwerb 140  
Tonisches Stottern 261  
Torticollis 330  
Trauer 59  
Tremor 201, 325, 329, 331, 335  
Tübinger Skalen zur Sexualtherapie 315
- U**  
Überempfindlichkeit 344  
Überforderung 113  
Umdeutung 322  
undifferenzierte somatoforme Störung 180  
Unfälle 51  
Unipolare Depression 89  
Unruhe 105  
Unsicherheitsfragebogen 93
- V**  
Veränderungsphase 169  
Verarmungswahn 105, 107  
Verfolgungswahn 343  
Verhaltens-Ebene 10  
Verhaltensaktiva 77  
Verhaltensanalyse 302, 330, 337  
Verhaltensexperimente 47, 65, 193  
Verhaltensregulation 378  
verhaltensübend 112  
Verlangen nach Drogen 167  
Vermeidung 12, 16, 19, 23, 25, 26, 27, 30, 76, 80, 104, 106  
Vermeidung traumabezogener Reize 51  
Vermeidungsstrategien 43  
Vermeidungsverhalten 10, 39, 46, 141, 142, 334, 335  
Verstärker 339  
Verstärkerrate 319  
Verstärkerverlustmodell 109  
Video-Feedback 273  
Vulnerabilität 79, 357, 362  
Vulnerabilitäts-Belastungs-Bewältigungsmodell 361  
Vulnerabilitäts-Streß-Modell 357, 359  
Vulnerabilitätsfaktoren 109, 110
- W**  
Wahnideen 101  
Wahnvorstellungen 105, 343, 356  
Wahrnehmungsstörungen 344

**Z**

zerebrovaskuläre Insuffizienz 367

Zwänge 73, 74, 75, 77, 80, 81, 85, 86, 91

zwanghafte Persönlichkeitsstörung 165

Zwangsgedanken 80, 387

Zwangshandlungen 80

Zwangsrituale 81

Zwangsstörungen 12, 27, 73, 78, 85,  
86

Zwei-Faktoren-Modell 62

Zwei-Faktoren-Theorie 45, 128

Zyklothymie 203

## Sachregister

### A

- Abhängigkeit 139, 157, 164
- Abstinenz 139, 148, 152, 161, 169
- Abstinenzerscheinungen 142, 148
- Abstumpfen des emotionalen Empfindens 52
- Adipositas 241, 242, 246, 248
- adjuvante Radiotherapie zur Rezidivprophylaxe 392
- affektiver Syndrombereich 104, 108
- Affektstörungen 344
- Agoraphobie 13, 27, 37, 121, 122, 124, 127, 129, 134
- Agoraphobie mit Panikstörung 122
- Aktives Vermeiden 335
- Aktivität 104, 108, 112, 113, 115, 116
- Aktivitäts-Tagebuch 44
- Aktivitätsaufbau 112, 113, 398
- akute Belastungsstörung 52
- Alexithymie-Konzept 190
- Alkohol-Mißbrauch 24
- Alkoholabhängigkeit 360
- Alkoholabusus 349
- Alkoholentwöhnung 147
- Alkoholismus 79, 139
- Alkoholkonsum 161
- Alkoholmißbrauch 329, 349, 357
- Alkoholverlangen 140
- Alpträume 51
- Analyse der Paarinteraktion 301
- Angssymptomatik 43
- Angst 12, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 31, 76, 82, 103, 105, 107, 108, 109, 112, 113, 115, 133, 213, 232, 316
- Angst-Reduktions-Modell 81
- Angstanfälle 37
- Angstanfalls-Tagebuch 44
- Angstdepressionen 102
- Ängste 7, 9, 10, 23, 26, 32, 77, 79, 124, 130, 216
- Ängstlichkeit 93
- Angststörungen 91
- Anhedonie 344
- Anonyme Alkoholiker 140
- Anorexia nervosa 241, 246, 247, 255, 258
- Anpassungsstörung 59
- Anti-Diät Modell 256
- Antidepressiva 102, 103, 307
- Antisoziales Verhalten 164, 166, 168
- Antizipationen 142
- Antriebslosigkeit 106
- arousal 111
- Arteria cerebri 381
- Asthma bronchiale 325
- Attributionen 16, 30, 111
- Aufbau positiver Aktivitäten 97
- aufdringliche Gedanken 76
- Aufrechterhaltung chronischer posttraumatischer Symptomatik 62
- Austauschtheorie 303
- Autonomie 128
- aversive Konditionierung 316

### B

- Balbutiogramm 265
- Basalganglien 329, 332
- Basisstörungen 362
- BDI 93

Beeinflussungswahn 344  
Befürchtungen 10  
Belastungen 96  
Benzodiazepine 43  
Beschäftigungstherapie 149  
Bestrahlungsbehandlung 393, 398, 399  
Bewältigungsstrategien 91  
Bewältigungsverhalten 357, 360  
Beziehungsgestaltung 286  
Beziehungsprobleme 131  
Beziehungsstörungen 295, 298  
Binge-Eating/Purging Typus 241  
biographische Methode 1  
Blutdruck 316  
Body Mass Index (BMI) 246  
Botulinum-Toxin 326  
Brain Mapping 374  
Bulimie 119, 241, 243, 244, 245, 247, 248, 254, 255, 258

## C

Chronische Krankheiten 389  
chronische PTB 58  
Colitis ulcerosa 325  
Compliance 131, 350, 360, 361, 363, 395, 400  
Coping 305, 362

## D

Demenz 350  
Demenzerkrankungen 91  
Dependenz 128  
Depersonalisation 105, 111, 345  
Depression 27, 41, 47, 74, 97, 99, 103, 106, 111, 113, 119, 247, 277, 295, 394, 396  
Depression-Status-Inventory 392  
Depressionsskala D-S' 283  
depressive Episode 102, 103  
depressive Gestimmtheit 400  
depressive Symptomatik 44  
Depressivität 107, 108  
Deprivation 319  
Derealisation 41, 345  
Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen 232

Diathese-Streß-Modell 332, 336  
Diskretionsfalle 315  
Diskriminationstraining 211  
diskriminative Stimuli 333, 338  
dissoziative Störung 199, 202  
doctor shopping 183  
Drogenabhängigkeit 155, 156  
dysfunktionale Kognitionen 30  
dysfunktionale Schemata 302  
Dyspnoe 39  
Dysthyme Störung 44  
Dysthymes Syndrom 41  
Dysthymie 89, 91, 92, 106  
Dystonie 325, 330

## E

EDI Eating Disorder Inventory 248  
EEG 371, 381  
Ehe-/Paartherapie 296  
Ehequalität 296  
Einbeziehung des Partners 66  
Einschlaflatenz 278, 284, 289  
Einstellung zum Schlaf 286  
Einstellungsänderungen 321  
Einzelfall 1  
Einzelfall-Analyse 3  
emotional processing 16, 18  
Emotionen 8, 76, 169, 322  
endogene Depression 101, 105, 107, 109  
Energielosigkeit 106  
Entkatastrophisieren 98  
Entspannung 145, 286, 287, 337, 387  
Entspannungsgruppe 238  
Entspannungstraining 272  
Entwicklungsstottern 262  
Entzugssymptome 155  
Epilepsie 127  
ereigniskorrelierte Hirnrindenaktivität 374  
Erfolgskontrolle 44  
erlebte Hilflosigkeit 390  
Ermüdbarkeit 105  
Ernährungsmanagement 255  
Erregungszustand 344  
Erschöpfungsdepression 216  
Erwartung(en) 17, 30



- Erwartungsängste 25  
Eßanfälle 247  
essentieller Bluthochdruck 325  
essentieller Kopf- und Handtremor 325  
Eßstörung(en) 91, 221, 248, 253, 254  
Exposition 83, 130, 133, 171, 194, 256  
extrapyramidale Erkrankungen 325
- F**  
familiäre Interaktion 157, 162  
Familien-Intervention(en) 172, 173, 386  
Familienklima 345  
Fehlinterpretationen 47, 49  
Flashbacks 51  
Fluchtverhalten 25  
Formale Denkstörungen 344  
Fragebogen zum Eßverhalten FEV 248  
Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung 394, 400  
Funktionelle Sexualstörung 313  
Furcht 12, 27  
Furchtnetzwerk 62
- G**  
Gebärdensprache 272  
Gedächtnisfunktionen 376  
Gedankenausbreitung 343  
Gedankeneingebung 344  
Gedankenentzug 344  
Gedankenexperiment 45  
Gedankenstopp 338, 339  
Gedankenunterdrückung 63, 65  
Gedankliche Ebene 10  
Gefühl der Überforderung 104  
Gelernte Hilflosigkeit 111  
Generalisierte Angst 107  
generalisierte Angststörung 41  
Generalisierung 42, 43, 316  
gerichtliche Auflage 160, 161  
Gesundheitsbegriff 189  
Gesundheitsrisikoverhalten 140  
Grübeln 63, 65  
Gruppentherapie 149
- H**  
habit reversal 337, 339, 340  
Habituation 46, 65, 234  
Halluzinationen 344, 349, 356, 362  
Haltungsstereotypien 344  
HAMD 93  
Hausaufgaben 113  
Hausbesuch 274  
Heißhungeranfälle 242, 245, 252, 255, 258  
hilfesuchendes Verhalten 43  
Hilflosigkeit 96, 104  
Hirnfarkt 367  
hirnorganische Veränderungen 396  
histrionische Persönlichkeitsstörung 199, 203, 213  
Hoffnungslosigkeit 102, 104, 105  
homolateraler axillärer Lymphknotenstatus 397  
Hormonrezeptorstatus 397  
Hungern 244  
Hyperventilation 42, 47, 381, 383  
Hyperventilationstetanien 347  
Hypochondrie 229, 231, 232, 235  
Hypoglykämie 41  
Hyposomnie 284  
Hysterie 221, 223, 329  
Hysterische Störung 199, 329
- I**  
Ich-Störungen 343  
Identifizierung und Restrukturierung dysfunktionaler Kognitionen 66  
idiosynkratische Bedeutung des traumatischen Ereignisses 62  
IDS 93  
illusionäre Verkennungen 344  
Imaginativ-kognitive Symptome 105  
in-vivo-Übungen 273  
Induktivismus 3  
Informationsaufnahme und -verarbeitung 111  
Informationsverarbeitung (PTB) 62  
Informationsverarbeitungsprozesse 109  
Inhaltliche Denkstörungen 343  
Inkubation 16  
Insomnie 277, 284, 291  
Interaktionsstörung 119, 295

Interessenverlust 101, 106  
interozeptive Prozesse 16  
Interpersonale Therapie 102  
Introversion 93, 107, 108, 109, 116  
Intrusionen 51

**K**

Karzinomerkrankungen 397  
Katamnese 48, 151  
Kausalattribution 210, 320  
Klassifikation 8  
klassisch konditioniertes Verlangen 171  
klassische Konditionierung 61, 167, 168, 171, 176  
Klonisches Stottern 261  
Kognitionen 399  
kognitive Modelle der Aufrechterhaltung der PTB 63  
kognitive Prozesse 18  
Kognitive Restrukturierung 66  
kognitive Therapie 44, 48, 97  
kognitive Therapie sensu Beck 66  
kognitive Triade 105, 111  
kognitive Umstrukturierung 171  
kognitive Verhaltenstherapie 102  
Kognitive Vorbereitung 44  
kognitives Vermeidungsverhalten 400  
Kommunikation 166, 296, 299, 302, 305, 307, 317  
Kommunikationsdefizite 166  
Kommunikationsregeln 307  
Komorbidität 107, 121, 126, 202, 203, 222, 247  
Kompensation 60  
Kompetenz 128, 321  
konditionierte emotionale Reaktion 61  
Konditionierung 42  
Konflikte 30, 80, 84, 172, 175, 323  
Konfliktgespräche 322  
Konfrontation 18, 31, 32, 65, 68, 84, 98  
Konfrontation in sensu 65  
Konfrontation in vivo 65  
Konfrontationsbehandlung 44, 45, 46  
Kontingenzmanagement 211  
kontrolliertes Trinken 139, 152  
Kontrollverlust 140, 150, 247

Kontrollwahn 344  
Konversionsstörung 329  
Konzentrationsprobleme 52  
Konzentrationschwierigkeiten 105, 111  
Kopfschmerzen 93, 206  
körperliche Beschwerden 11, 179  
körperlicher Beschwerden 26  
Krankenrolle 187  
Krankheitsangst 236  
Krankheitsbewältigung 362, 395  
Krankheitsgewinn 205  
Krankheitsphobien 8  
Krankheitsverhalten 187  
Krankheitsverlauf 390  
Krisenintervention 390, 398  
Krisensituation 398  
kritische Lebensereignisse 345, 390

**L**

la belle indifference 222  
Lageorientierung 97, 110  
Lebenskrisen 91  
Lebenszeitprävalenz für die PTB 52  
Lebenszeitrisko 90  
Leistungsanforderungen 322  
Leistungsanspruch 286  
Leistungsfähigkeit 105  
Libidoverlust 105, 316  
Lithium 201  
Löschung 61, 65

**M**

Major Depression 89, 106, 395, 396  
Major Depression mit Melancholie 89  
Major Depressive Disorder 106  
Mammakarzinom 389  
massierte Konfrontation 44, 48  
medikamentöse Behandlung 27, 102, 103  
Melancholie 89, 101, 106  
Minussymptome 345  
Mißbrauch 157, 158, 164  
Mißerfolg(e) 3, 30, 86, 152, 322  
Modellernen 304  
Motivation 14, 18, 20, 32, 46, 83, 86, 106, 158

motorische Funktionen 376  
Münchener Persönlichkeitstest 93

## N

nächtliche Wachphasen 278  
Naturkatastrophen 51  
negative Affekte 390  
negative Affektivität 109  
negative kognitive Triade 111  
negative Selbst-Schemata 110  
negative Verstärkung 62  
Negativsymptomatik 350, 352, 353, 363  
Neuroleptika 347, 360  
Neuropsychologische Störung 367  
neuropsychologische Untersuchung 373  
neuropsychologisches Funktionstraining 386  
neurotische Depression 101, 107  
Neurotizismus 91, 93, 107, 108, 109  
nichtsexuelle Gewalt 51  
Noncompliance 358  
Normen und Wertvorstellungen 309

## O

operant konditioniert 167  
Orientierungsreaktion 335

## P

Paarinteraktion 300, 301  
Paartherapie(n) 297, 298, 309, 314, 317  
Palpitationen 39  
Panikanfälle 7, 37  
Panikattacken 213, 216, 224  
Panikstörung 13, 37, 122, 124, 232  
Paradoxe Psychotherapie 132, 322  
Parakinesen 262  
Parkinson 341  
Partnerreaktion 300  
Partnerschaft 296, 309, 315  
Partnerschaftliche Interaktionen 301  
Persönlichkeit 107, 108, 164  
Persönlichkeitsstörung(en) 13, 27, 91, 119, 121, 125, 127, 128, 132, 157, 158, 165, 168, 169, 222, 258, 316  
Phäochromocytome 41  
pharmakologische Therapie 103

Phobie(n) 7, 8, 17, 27, 33, 37, 119, 128, 130, 131, 134  
plausibles Ätiologie-Modell 28  
plausibles Modell 17  
Poltern 266  
Polytoxikomanie 164  
Positivsymptomatik 350  
Posttraumatic Diagnostic Scale 57  
Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) 51  
prädisponierende Faktoren 61, 109, 110, 157  
präfinale Krankheitsphase 390  
prämorbid es Erscheinungsbild 109  
Präokkupation 234  
Präsentierproblem 15  
Prävalenzschätzungen 90  
Prävention der Entwicklung einer posttraumatischen Symptomatik 69  
Problemanalyse 313  
Problemliste 299  
Problemlösen 149, 174, 238, 286, 288, 296, 305, 307, 358, 362, 398  
Problemlösetraining 114  
Problemtrinker 139  
Prodromalphase 345  
protektive Faktoren 108, 109  
psychomotorische Hemmung 106, 107  
Psychomotorische Störungen 344  
psychopathologische Bedingungen 389  
Psychopharmaka 201, 210, 316  
psychophysiologische Reaktionsbereitschaft 186  
Psychophysiologische Störung 325  
psychoreaktive Depression 101  
Psychose 160  
psychosomatische Erkrankungen 325  
psychotrope Substanz 155, 164

## Q

Quadrantektomie 391

## R

Radiotherapie 392, 397  
rational-emotive Therapie 171, 174  
Reaktionsverhinderung 83, 84, 256

- Reattributionierung 49, 398  
 Reattributionierung der Interpretationen 236  
 Reframing 257  
 regressiv 400  
 Reizkonfrontation 130  
 Residualphase 345  
 Restrukturierung kritischer Kognitionen 68  
 Rezidivphase 390  
 Rezidivprophylaxe 362, 392, 398  
 Rigidität 93  
 Risikofaktoren 91, 139, 248, 251, 370, 372  
 Rollenspiele 114, 317, 321  
 Rückfälle 44, 148, 257, 264  
 Rückfallprävention 174  
 Rückfallprophylaxe 44, 47, 49, 67, 149, 152, 238, 257, 270, 340, 363  
 Ruhebilder 287
- S**
- Schiefhals 330  
 Schizophrenie(n) 12, 91, 343  
 Schlaf 277, 278, 281, 285  
 Schlaf/Wach-Rhythmus 278, 286, 287  
 Schlafdauer 277, 284  
 Schlafgewohnheiten 286  
 Schlafhygiene 287  
 Schlafprotokoll 283  
 Schlafstörungen 40, 105, 111, 203, 277, 278  
 Schonverhalten 188  
 Schreckhaftigkeit 52  
 Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen 400  
 Selbstachtung 323  
 Selbstaufmerksamkeit 97  
 Selbstbeobachtung 14, 44, 97, 113, 145, 330  
 Selbsthilfegruppen 258  
 Selbstinstruktionen 287  
 Selbstinszenierung 225  
 Selbstkontrolle 145, 172, 254, 270, 289, 290  
 Selbstmanagement 20, 31, 81  
 Selbstpalpation 402  
 Selbstregulationsmodell der Depression 110  
 Selbstsicherheit 23, 24  
 Selbstunsicherheit 320  
 Selbstverbalisation 339  
 Selbstverstärkung 321  
 Selbstverstärkungsrate 286, 288  
 Selbstwahrnehmung 318  
 selektive Aufmerksamkeit 190  
 Self-Rating-Depression-Scale 394  
 sensorische Prozesse 377  
 Sexualität 296, 300, 304, 309, 315, 316, 319, 320, 322, 323, 324  
 Sexualstörungen 295  
 sexuelle Appetenz 316, 320  
 sexuelle Appetenzprobleme 316  
 sexuelle Gewalt 51  
 sexuelle Störung 295  
 sexueller Mißbrauch 243  
 Sicherheitssignale 39, 43  
 Simultansprechen 267  
 Situationsphobien 8  
 sokratischer Dialog 66, 288, 398  
 Somatisch-physiologische Ebene 11  
 somatisches Syndrom 105, 108  
 Somatisierung 232  
 Somatisierungsstörung 180, 229, 232, 330  
 somatoforme Störung(en) 91, 180, 199, 202  
 somatogene Depression 101  
 somatopathologische Bedingungen 389  
 sozial-kognitive Lerntheorie 303  
 soziale Austauschtheorie 303  
 Soziale Behinderung 354  
 soziale Fertigkeiten 97, 273  
 soziale Interaktion(en) 109, 111  
 soziale Kompetenz 112, 320  
 Soziale Phobie 23, 27, 106, 109, 145  
 soziale Skills 31  
 soziale Unsicherheit 108  
 soziale Unterstützung 345, 358  
 Sozialstörung 268  
 Spezifische Phobie 7, 20  
 spontane Angstanfälle 44  
 Spontanremissionen 38, 263

- Sprachfunktionen 376  
Sprechstörung 265, 268, 275  
Stimulusgeneralisation 61  
Störungen des Ichbewußtseins 344  
Stottern 266, 387  
Streß-Impfungs-Training 19  
Streßbewältigung 235, 238, 338  
Streßmanagement 240, 286  
Streßmanagement-Programm 145  
Streßreduktion 240  
Streßsituation(en) 42, 238  
Stressoren 305  
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID) 92  
Süchte 91  
Suizidalität 26, 107, 109, 111, 115, 116, 160  
Suizidgedanken 105, 107  
Suizidgefahr 102  
Suizidgefährdung 393  
Suizidhandlungen 24  
Suizidrisiko 40  
Supervision 310  
Symptom-Checkliste 232, 239  
Symptomtagebuch 185
- T**  
Tagebuch 64  
Taktische Therapieplanung 171  
testpsychologische Differentialdiagnostik 394  
Teufelskreis 234  
Therapeut-Patient-Beziehung 121, 170, 292  
therapeutische Beziehung 172  
therapeutische Wohngemeinschaft 161, 163, 174, 175  
Therapieinterventionen 48  
Therapiemotivation 306  
Tics 201  
Tierphobien 8  
Toleranzentwicklung 156  
Toleranzerwerb 140  
Tonisches Stottern 261  
Torticollis 330  
Trauer 59  
Tremor 201, 325, 329, 331, 335  
Tübinger Skalen zur Sexualtherapie 315
- U**  
Überempfindlichkeit 344  
Überforderung 113  
Umdeutung 322  
undifferenzierte somatoforme Störung 180  
Unfälle 51  
Unipolare Depression 89  
Unruhe 105  
Unsicherheitsfragebogen 93
- V**  
Veränderungsphase 169  
Verarmungswahn 105, 107  
Verfolgungswahn 343  
Verhaltens-Ebene 10  
Verhaltensaktiva 77  
Verhaltensanalyse 302, 330, 337  
Verhaltensexperimente 47, 65, 193  
Verhaltensregulation 378  
verhaltensübend 112  
Verlangen nach Drogen 167  
Vermeidung 12, 16, 19, 23, 25, 26, 27, 30, 76, 80, 104, 106  
Vermeidung traumabezogener Reize 51  
Vermeidungsstrategien 43  
Vermeidungsverhalten 10, 39, 46, 141, 142, 334, 335  
Verstärker 339  
Verstärkerrate 319  
Verstärkerverlustmodell 109  
Video-Feedback 273  
Vulnerabilität 79, 357, 362  
Vulnerabilitäts-Belastungs-Bewältigungsmodell 361  
Vulnerabilitäts-Streß-Modell 357, 359  
Vulnerabilitätsfaktoren 109, 110
- W**  
Wahnideen 101  
Wahnvorstellungen 105, 343, 356  
Wahrnehmungsstörungen 344

**Z**

zerebrovaskuläre Insuffizienz 367

Zwänge 73, 74, 75, 77, 80, 81, 85, 86, 91

zwanghafte Persönlichkeitsstörung 165

Zwangsgedanken 80, 387

Zwangshandlungen 80

Zwangsrituale 81

Zwangsstörungen 12, 27, 73, 78, 85,  
86

Zwei-Faktoren-Modell 62

Zwei-Faktoren-Theorie 45, 128

Zyklothymie 203